

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА»

На правах рукописи

ЕРИЧЕВ
АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

14.01.06 – психиатрия

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант
доктор медицинских наук, профессор
Коцюбинский Александр Петрович

Санкт – Петербург

2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	1
ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	17
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	61
2.1 Материал, диагностика и организация и исследования	61
2.2 Материалы и методы исследования	68
2.3 Ретроспективный анализ анамнестических информационных данных .	69
2.4 Психометрический метод	69
2.5 Клинико-психологический метод	72
2.6 Социометрический метод	84
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	88
3.1 Психический диатез у больных шизофренического спектра и у здоровых лиц.....	88
3.2 Психологические характеристики преморбидного периода обследованных больных (негативный детский опыт, ранние дезадаптивные схемы, эмоциональные схемы).....	90
3.2.1 Негативный детский опыт у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и у здоровых лиц	91
3.2.2 Ранние дезадаптивные схемы у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц	92
3.2.3 Эмоциональные схемы у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц	95
3.2.4 Сопоставление показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) и субшкал опросников «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)» и «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)».....	96
3.3 Взаимосвязь различных характеристик преморбидного периода	

(психический диатез, неблагоприятный детский опыт, ранние дезадаптивные схемы и эмоциональные схемы)	97
3.3.1 Сопоставление проявлений психического диатеза и показателей негативного детского	97
3.3.2 Сопоставление проявлений психического диатеза и показателей опросников «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R)	98
3.3.3 Сопоставление показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) и субшкал опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»	99
3.3.4 Сопоставление показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) и субшкал «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»	116
3.4 Факторный анализ различных характеристик преморбидного периода.	127
3.4.1 Факторный анализ для показателей опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R) и для «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»	127
3.4.2 Выбор факторной модели для опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»	128
3.4.3 Выбор факторной модели для «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»	128
3.4.4 Взаимосвязи показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) и факторов на основе субшкал опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R).	130
3.5 Связь некоторых клинических характеристик (пол, диагноз, возраст, место госпитализации, длительность госпитализации) с характеристиками преморбидного периода (ранние дезадаптивные схемы и эмоциональные	

схемы) обследованных больных.....	134
3.5.1 Влияние пола на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)	134
3.5.2 Влияние возраста на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)	136
3.5.3 Влияние длительности госпитализации на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)	136
3.6 Исследование табакокурения у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра	137
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ВТОРОГО ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ	144
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	199
ВЫВОДЫ	216
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	218
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ	219
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	220

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Современные исследователи отдают предпочтение биопсихосоциальной модели психических расстройств, согласно которой существует несколько факторов, способствующих развитию психических нарушений (Garety P.A., Kuipers E., Fowler D. [et al.], 2001; Howes O.D., Murray R.M., 2014; Garety P.A., Bebbington P., Fowler D. [et al.], 2007):

1) генетическая обусловленность, понимаемая, в рамках эпигенетических представлений, как результат экспрессии генов под влиянием стрессогенных факторов;

2) сенсibilизированность (биологическая и психологическая) индивидуума, проявляющаяся в форме клинически скрытой уязвимости или субклинически выявляемых проявлений психического диатеза;

3) стрессорные социально-психологические и экологические влияния.

Таким образом, согласно биопсихосоциальной парадигме, возникновение и поддержание болезненного состояния обеспечивается тремя группами факторов: биологическими, психологическими и социальными.

При изучении биологических факторов, соучаствующих в развитии расстройств шизофренического спектра, исследователям удалось установить связь болезни с генетическими факторами наследственности (что уже достаточно давно отмечали практические врачи, работающие с этим контингентом больных). Более того, сведение развития расстройств шизофренического спектра исключительно к факторам наследственного характера свело бы модель развития всех психопатологических феноменов к биологическому редукционизму, что противоречит клинической практике.

В последние годы можно отметить заметное усиление интереса исследователей к представлениям об эпигенетике, парадигма которой позволяет

рассматривать преобразование генома, связанного с патогенезом шизофрении, с влиянием некоего единого комплекса биологических и социально-психологических факторов. Одним из социально-психологических эпигенетических факторов является травматический опыт индивидуума в раннем детстве (депривация потребностей ребенка в физической и психологической безопасности, его принятии окружающими) и воздействие хронических внешних стрессоров в виде определенных негативных условий социальной среды (Stankiewicz A.M., Swiergiel A.H., Lisowski P., 2013). И хотя первоначально считалось, что эпигенетические изменения носят обратимый характер, в последнее время все прочнее утверждается представление о влиянии выраженного стресса, имеющегося в раннем жизненном опыте будущего больного, на устойчивость модификации эпигенетически преобразованного генома, обуславливающего увеличение уязвимости индивидуума в отношении развития у него психического расстройства.

Это обстоятельство приводит к пониманию того, что сами по себе наследственные факторы имеют важное, но не единственно необходимое условие для возникновения психического расстройства, активируясь лишь под влиянием различных стрессорных триггеров, в результате чего первоначально происходит экспрессия генов и их генетическое «накопление», что находит отражение в форме субклинических проявлений психического диатеза, или “генетического диатеза” (Wildenauer D.B., Schwab S.G., Maier W. [et al.], 1999), передающегося в дальнейшем по наследственной линии, и усиливает в последующих поколениях первоначальную предрасположенность индивидуумов к возникновению психических расстройств. Сделать такое предположение позволяют исследования специфики нейрокогнитивной дисфункции (как одного из параметров психического диатеза) не только у пациентов, но и у их родственников (Snitz V.E., Macdonald A.W., Carter C.S., 2006). И лишь по мере накопления у индивидуума «генетической деструкции», ассоциированной со снижением его адаптационно-компенсаторных возможностей, необходимых для разрешения стрессовых ситуаций, происходит возникновение психического расстройства. Если

психопатологический диатез способствует развитию на его фоне расстройств шизофренического и аффективного спектра, то психосоматический диатез способствует развитию на его фоне соматоформных расстройств (Прибытков А.А., Еричев А.Н., Коцюбинский А.П. [и соавт.], 2014; Прибытков А.А., Еричев А.Н., 2017а; Прибытков А.А., Еричев А.Н., 2017б).

Обращаясь к базисным понятиям, лежащим в основе «биопсихосоциальной парадигмы» и основанным на них любых клинических и/или социально-реабилитационных подходов, необходимо отметить прежде всего основной постулат: «главенствующая роль, обеспечивающая биопсихосоциальное функционирование индивидуума, принадлежит его психическим адаптационно-компенсаторным механизмам как «перманентно существующим», «составляющим сущность жизнедеятельности любого организма» и представляющим собой «элементы единого процесса» (Коцюбинский А.П., 2017), где адаптация понимается как процесс приспособления, а компенсация – как реакция на препятствие к адаптации».

В большинстве работ, касающихся адаптационно-компенсаторных возможностей в практической плоскости, теоретические воззрения исследователей направлены на три основные адаптационно-компенсаторные сферы: психологическую, биологическую и социальную (Березин Ф. Б., 2011; Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., 1996; Маклаков А. Г., 2001).

С этих позиций рассматривается и обоснованность проводимой с пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра, биопсихосоциальной терапии. И если биологическим аспектам этой работы посвящено немало исследований, то вопросы психосоциальных, и, в частности, психотерапевтических усилий при этих состояниях освещены лишь в единичных публикациях.

Результаты первого мета-аналитического исследования психотерапии больных шизофренией показали, что наиболее эффективны для этой группы пациентов когнитивно-поведенческая (КПП), телесно-ориентированная и семейная психотерапия (Wunderlich U., Wiedemann G., Buchkremer G., 1996).

Отмеченное выше определяет актуальность настоящего исследования, базирующегося на оценке когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) как научно обоснованной структурированной формы психотерапии, ограниченной во времени и сосредоточенной на коррекции характерных для пациентов с расстройствами шизофренического спектра когнитивных и поведенческих изменений. При этом в процессе КПП происходит изучение истории возникновения и специфики имеющихся у индивидуума психических нарушений и формулирование психотерапевтического случая в виде структурированной концептуализации (Tai S., Turkington D., 2009).

Степень разработанности темы

В целом, когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) расстройств шизофренического спектра демонстрирует более активное развитие в последние 20 лет. Однако при этом она всё-таки существенно уступает (как по числу публикаций, так и по количеству хорошо подготовленных профессионалов для её осуществления) традиционным терапевтическим подходам, основанным на исключительно клиничко-психопатологической оценке психического состояния пациентов. Помимо этого, в самом психотерапевтическом подходе применительно к пациентам с аутохтонными психическими расстройствами остается много лакун, требующих дальнейшего наполнения, структуризации и персонализации (работа с отдельными видами продуктивной и негативной симптоматики, использование экспериенциальных техник и техник на основе осознанности).

Наконец, важным является вопрос об использовании в терапии пациентов с расстройствами шизофренического спектра эффективных и относительно краткосрочных курсов КПП (16 и меньше сеансов), так как осуществление более продолжительной терапии, в силу значительных экономических затрат, доступно далеко не для всех больных. Нуждается в дальнейшем уточнении также вопрос о персонализации психотерапевтического процесса, учитывающего как

преобладающую психопатологическую симптоматику, так и личный жизненный опыт, имеющийся у больного.

Цель исследования

Обоснование значения использования в комплексе терапевтических мероприятий при расстройствах шизофренического спектра структурно усовершенствованной персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии и разработка особенностей её проведения.

Задачи исследования

1. Дифференцированное изучение особенностей психического диатеза у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц.
2. Дифференцированное изучение особенностей неблагоприятного детского опыта у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц.
3. Уточнение характера взаимосвязи между неблагоприятным детским опытом, с одной стороны, и формированием у индивидуумов ранних дезадаптивных схем и эмоциональных схем – с другой.
4. Дифференцированное изучение особенностей ранних дезадаптивных схем и эмоциональных схем у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц.
5. Разработка и внедрение в клиническую практику персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии, учитывающей преморбидные и индивидуальные клинико-психологические параметры пациентов, и изучение её влияния на медикаментозный комплаенс и социальную адаптацию пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Научная новизна

Впервые проведено сопоставительное исследование эмоциональных и ранних дезадаптивных схем у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и здоровых лиц.

Впервые обнаружено, что показатели эмоциональных схем в группе больных с расстройствами шизофренического спектра и в группе здоровых лиц имеют статистически значимые различия (с большими показателями в группе пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра), по следующим субшкалам: «Ингибирование собственных эмоций», «Чувство вины за собственные эмоции», «Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других», «Низкая эмоциональная экспрессивность», «Обвинение других».

Также впервые было обнаружено, что показатели ранних дезадаптивных схем в группе больных с расстройствами шизофренического спектра и в группе здоровых имеют статистически значимые различия по 14 из 18 субшкал (с большими показателями, по сравнению с группой здоровых лиц, у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра).

Также впервые исследованы взаимосвязи между неблагоприятным детским опытом, ранними дезадаптивными схемами, эмоциональными схемами и проявлениями психического диатеза. Были выявлены предикторы (в виде параметров негативного детского опыта) для формирования ранних дезадаптивных и эмоциональных схем, а также для проявлений отдельных форм психического диатеза.

Впервые изучено влияние включения в систему реабилитационных мероприятий персонализированной когнитивно-поведенческой психотерапии на комплаентность пациентов (медикаментозный комплаенс) и их социальную адаптацию. На момент выписки пациенты, прошедшие персонализированную когнитивно-поведенческую психотерапию (основная группа), по параметру «комплаентность» имели статистически значимые лучшие показатели, чем

пациенты, не прошедшие персонализированную когнитивно-поведенческую психотерапию (группа сравнения).

При катamnестическом обследовании (через 12 месяцев) основная группа и группа сравнения показали статистически значимые различия по шкале социального функционирования GAF (с более высокими суммарными показателями социального функционирования в основной группе), а также – меньшие показатели дезадаптации в основной группе (по сравнению в группой сравнения) по следующим субшкалам «Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах»: «Профессиональная сфера»; «Межличностные отношения».

Теоретическая и практическая значимость работы

Проведенное исследование позволило доказательно подтвердить высказываемые в литературе предположения о влиянии на формирование различных форм психического диатеза не только наследственных, но и психосоциальных факторов в раннем детстве будущих больных с расстройствами шизофренического спектра. Помимо этого, получили подтверждение и обоснование целесообразность и важность использования в комплексе биопсихосоциальной терапии, проводимой с больными, страдающими расстройствами шизофренического спектра, не только медикаментозных форм терапии, но и модифицированных когнитивно-поведенческих интервенций, ассоциированных как с формированием у больных терапевтического комплаенса, так и с последующим уровнем социальной адаптации.

В ходе проведенной работы разработаны и внедрены в клиническую практику специальные дифференцированные техники и подходы, пригодные для использования при психотерапевтических интервенциях у больных с расстройствами шизофренического спектра (при преобладании в клинической картине как продуктивной, так и негативной симптоматики).

Разработана и внедрена в клиническую практику структура интервизии и супервизии для специалистов, участвующих в реализации персонализированной психотерапевтической программы.

Методология и методы исследования

В соответствии с поставленными целями и задачами исследования были выбраны следующие группы методов: ретроспективный анализ анамнестических информационных данных, клинико-психопатологический, психометрический, клинико-психологический, катамнестический, социометрический, статистический анализ.

Проведение диссертационного исследования одобрено на заседании независимого этического комитета при «Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» (№ ЭК-И-106/18, дело № ЭК-1819).

Положения, выносимые на защиту

1. У пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, отмечаются статистически значимые различия (более высокие показатели по сравнению со здоровыми испытуемыми) в характере ранних дезадаптивных схем (по 14-ти показателям из 18), эмоциональных схем (по 6 показателям из 14) и ранних травматических жизненных событий, а именно: параметры неблагоприятного детского опыта у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, выражены в большей степени, чем у здоровой выборки как по суммарному баллу 10-ти измеряемых в данном исследовании параметров, так и, в особенности, – по параметру «психическое заболевание у совместно проживающих».

2. Ранние дезадаптивные схемы и ранние травматические жизненные события коррелируют с преморбидным формированием психического диатеза,

который знаменует биологическую и психологическую сенсibilизированность индивидуума к развитию у него в последующем психических расстройств шизофренического спектра (шизофрении и шизотипического расстройства) и осложняет, в случае их возникновения, как клиническую картину заболевания, так и социальное восстановление пациентов.

3. Обоснованы и разработаны специальные техники и подходы (базирующиеся на общих принципах когнитивно-поведенческой психотерапии), пригодные для использования при персонализированных психотерапевтических интервенциях у больных с расстройствами шизофренического спектра.

4. Включение в систему реабилитационных мероприятий персонализированной когнитивно-поведенческой психотерапии улучшает медикаментозный комплаенс пациентов (на момент окончания курса психотерапии) и позитивно влияет на социальную адаптацию пациентов (через 12 месяцев после завершения терапии).

Степень достоверности результатов

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием программы RStudio, версия 0.99.489 для операционной системы MacOS, а также SPSS 24. Для анализа и визуализации данных помимо базового использовались следующие пакеты: `psych`, `ggplot2`, `dplyr`, `data.table`, `ez`, `reshape2`.

Для статистической обработки данных применялись: первичные описательные статистики (меры центральной тенденции, меры изменчивости), параметрические и непараметрические методы сравнения двух и более выборок.

При сравнении выборок в случае нормальности распределения использовались методы параметрической статистики, а в случае, если тест на нормальность распределения показывал статистически значимые результаты, то использовались методы непараметрической статистики.

Апробация и внедрение результатов исследования в практику

Результаты научного исследования получили свое отражение в ряде докладов в рамках крупных отечественных и зарубежных конференций и конгрессов: «Когнитивно-поведенческая психотерапия параноидного бреда» на конференции с международным участием "Актуальные вопросы когнитивно-поведенческой терапии» МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 7 апреля 2016 года, г. Москва; «CBT of paranoid schizophrenia: Traditional and modified techniques» на 46 Конгрессе европейской ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (ЕАВСТ), 2 сентября 2016 года, г. Стокгольм, Швеция; «Современные тенденции развития когнитивно-поведенческой психотерапии» и «Техники осознанности при расстройствах шизофренического спектра» на 2-ой научно-практической конференции «Когнитивно-поведенческая психотерапия, доказательная медицина, психиатрия – общий путь», 7 октября 2016 года, г. Санкт-Петербург; «Early maladaptive schemas in patients with paranoid schizophrenia and schizotypal disorder» на 9-ом конгрессе международной ассоциации когнитивной психотерапии (Congress of the International Association for Cognitive Psychotherapy/IACP), 30 июня 2017 года, г. Клуж-Напока, Трансильвании, Румыния; «Традиционные и модифицированные техники КПТ параноидного бреда» на 4-ой Международной научно-практической конференции «Медицинская (клиническая) психология: Исторические традиции и современная практика», 12-14 октября 2017 года, Санкт-Петербург; «Дисфункциональные схемы и травматический опыт у пациентов шизофренического спектра» на конференции Ассоциации Когнитивно Бихевиоральных Терапевтов (АКБТ), 19 апреля 2018 года, г. Москва; «Features of applying Schema Therapy for schizophrenic spectrum disorders» на конференции международного сообщества схема-терапии «Corrective Emotional Experiences: How Schema Therapy Transform sLives», 24-26 мая 2018 года, Нидерланды, г. Амстердам; «Adverse childhood experience and early maladaptive schemas in patients with schizophrenic

spectrum disorders» на 47 Конгрессе европейской ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (ЕАВСТ), 8 сентября 2018 года, г. София, Болгария.

Результаты исследования внедрены в деятельность подразделений следующих учреждений образования и здравоохранения: биопсихосоциальной реабилитации психически больных и образовательного отделений Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им И.И. Мечникова, Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 2» Выборгского района, Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 9» Невского района.

Личный вклад автора в получении результатов

Автором были определены цель и задачи диссертационного исследования, произведен анализ отечественной и зарубежной литературы. Автором проведена также оценка параметров психического диатеза, ранних стрессовых событий, ранних дезадаптивных и эмоциональных схем у лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и у здоровых лиц. На основании полученных данных и анализа литературы сформирована персонализированная программа когнитивно-поведенческой психотерапии, учитывающая индивидуальные особенности участвующих в ней пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Автор принимал непосредственное участие в проведении персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии. Также автором самостоятельно проведена обработка статистических данных, дана научная интерпретация полученным результатам с последующим формулированием выводов и практических рекомендаций.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 43 печатные работы, из них 17 – в журналах, рекомендованных Перечнем ВАК Министерства науки и высшего образования РФ; 1 входит в международную реферативную базу данных Web of Science. Подготовлены и изданы 3 пособия для врачей, 2 методических рекомендаций. Опубликовано две монографии.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 251 страницах, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Список литературы содержит 303 источника, из них 59 отечественных и 244 зарубежных авторов. Текст сопровождается 3 клиническими примерами, иллюстрирован 20 рисунками и 53 таблицами.

ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Исследование наследственных факторов, способствующих развитию шизофрении, показывает следующий уровень их влияния на риск развития заболевания:

а) у ребенка с родителями без расстройств шизофренического спектра – 1%;
б) при наличии заболевания у одного из родственников первой степени родства – 10%;

в) при наличии заболевания у двух родственников первой степени родства – 45% (Gottesman I.I., Erlenmeyer-Kimling L., 2001; Steinberg S., Mors O., Børglum A. [et al.], 2011).

г) в случае развития заболевания наследуемость ребенком характера его течения и симптоматики заболевания, имеющегося у родственников, может быть достаточно высокой (Sullivan P.F., Kendler K.S., Neale M.C. [et al.], 2003; Nieratschker V., Nöthen M.M., Rietschel M., 2010).

На сегодняшний день известно порядка 100 генетических ДНК-маркеров шизофрении. Однако, несмотря на масштабные исследования генома, в том числе в рамках проекта “Геном человека”, сейчас еще недостаточно данных для создания валидного экономичного биологического диагностического теста. Это связано с тем обстоятельством, что фенотип расстройств шизофренического спектра достаточно сложный и, скорее всего, полигенный.

Одновременно было установлено, что хотя наследственный фактор является важным для развития шизофрении, он представляет собой лишь одно из условий для развития этого заболевания. Не случайно даже в том случае, когда один из однояйцовых близнецов заболевает шизофренией, вероятность появления этого заболевания у второго близнеца составляет не 100%, а лишь 80% (Steinberg S., Mors O., Børglum A. [et al.], 2011).

В связи с этим за последние годы заметно усилился интерес исследователей к изучению эпигенетических воздействий внешних и внутренних факторов на

преобразование генома, способствуя его экспрессии (Gottschling D.E., 2004). Феномен экспрессии позволяет понять причину развития в некоторых случаях шизофрении лишь у одного из однояйцовых близнецов.

К числу факторов, способствующих эпигенетическому преобразованию генома, можно отнести травматический опыт в раннем детстве индивидуума (депривация потребностей в физической и психологической безопасности, а также его принятия окружением) и воздействие в этом временном промежутке хронических стрессоров в виде определенных негативных условий социальной среды.

Это обстоятельство приводит к пониманию того, что наследственные факторы, эпигенетически активируясь под влиянием различных стрессорных триггеров, могут генетически «накапливаться» в форме клинически скрытой «уязвимости» с последующими субклиническими проявлениями психического диатеза, или “генетического диатеза” (Wildenauer D.B., Schwab S.G., Maier W. [et al.], 1999), передающегося по наследственной линии. В целом такая ситуация снижает у индивидуума эффективность совладания со стрессом, усиливая тем самым предрасположенность к возникновению психических расстройств. И лишь в дальнейшем, по мере накопления «генетической деструкции», происходит возникновение психического расстройства.

Исследователями также указывается, что генетическая деструкция (уязвимость) приводит к определенным биологическим изменениям в организме, которые, в свою очередь, могут становиться маркерами для диагностики и прогноза развития психических расстройств. Например, таким генетическим маркером для диагностики, в частности, шизофрении, может стать оценка содержания белков в ликворе (Lakhan S.E., Kramer A. [et al.], 2009).

Помимо факторов, так или иначе связанных с наследственностью и иммунными нарушениями, достаточно хорошо изучено действие на психику таких экзогенных факторов, как наркотические вещества (кокаин, ЛСД, марихуана): их употребление способно вызвать симптоматику, аналогичную проявлениям шизофрении, или стать триггером для манифестации шизофрении

по механизму уязвимость-диатез-стресс (Gottesman I.I., Aston S.J., Moldin S.O., 1992; Volkow, N.D., 2009; Radhakrishnan R., Wilkinson, S.T., D'Souza D.C., 2014).

Особое значение в ряду факторов, имеющих отношение к органической «почве», на которой развивается психическое расстройство, имеет табакокурение. По результатам двух исследований, включавших структурированный респонс суммарно более 7 тысяч респондентов (Lasser K., Boyed J.W., Woolhandler S. [et al.], 2000; Hickman N.J., Delucchi K.L., Prochaska J.J. [et al.], 2010), было найдено подтверждение гипотезы, что табакокурение у людей, страдающих психическими расстройствами, распространено гораздо чаще и интенсивнее, чем в популяции в целом.

Мы не располагаем полноценной статистикой о распространённости употребления психически больными никотина в России, так как проблеме распространённости табакокурения среди лиц, имеющих психические расстройства, пока уделяется недостаточно внимания (Андреева Т.И., Красовский К.С., 2004). В то же время высокая распространённость зависимости от табакокурения у пациентов с шизофренией является фактом, известным исследователям уже не первое десятилетие (Diwan A., Castine M., Pomerleau C.S. [et al.], 1998; Goff D.C., Henderson D.C., Amico E. [et al.], 1992; Hughes J.R., Hatsukami D.K., Skoog K.P. [et al.], 1986; Masterson E., O'Shea B., 1984; McEvoy J.P., Brown S., 1999; Menza M.A., Grossman N., Van Horn M. [et al.], 1991; O'Farrell T.J., Connors G.J., Upper D., 1983). Так, уже первые серьезные исследования проблемы зависимости от курения пациентов с шизофренией, повторенные в амбулаторных и стационарных условиях в ряде стран, выявили их высокую усредненную коморбидность в 32-92% (O'Farrell T. J., Connors G.J., Upper D., 1983; Hughes J.R., Hatsukami D.K., Skoog K.P. [et al.], 1986, de Leon J., Dadvand M., Canuso C., [et al.], 1995). Причем большая часть исследований показывает коморбидность такого рода от 70% и выше (Diwan A., Castine M., Pomerleau C.S. [et al.], 1998; O'Farrell T.J., Connors G.J., Upper D., 1983; Hughes J.R., Hatsukami D.K., Skoog K.P. [et al.], 1986; de Leon J., Dadvand M., Canuso C. [et al.], 1995). Зарубежные исследователи отмечают, что, несмотря на общее снижение

уровня курения среди населения (с 45% в 1960-х годах до примерно 25% в настоящее время; Vocci F., DeWit H., 1999), распространённость табакокурения у пациентов с хроническими психическими расстройствами, особенно с шизофренией, по-прежнему остаётся крайне высокой, превышая усредненные популяционные показатели (Dervaux A., Laqueille X., 2016) и достигают 80-90% против 20-30% среди населения в целом (de Leon J., Diaz F.J., 2005; George T.P., Krystal J.H., 2000).

Табакокурение психически больных значительно повышает (в сопоставлении со средними популяционными показателями) их восприимчивость к развитию соматических расстройств сердечно-сосудистой системы, способствует нарушению опорно-двигательного аппарата, возникновению рака легких и легочных нарушений, ожирению и формированию диабета 2-го типа (Lichtermann D., Ekelund J., Pukkala E [et al.], 2001; Hennekens C.H., 2007; Shanmugam G., Bhutani S., Khan D.A. [et al.], 2007; Wehring H.J., Liu F., McMahon R.P. [et al.], 2012; Cather C., Pachas G.N., Cieslak K.M. [et al.], 2017). Как известно, табакокурение ассоциируется с возникновением и развитием целого ряда заболеваний, значительно снижающих продолжительность жизни населения, приводя в конечном счете к преждевременной смертности, в результате чего ожидаемая продолжительность жизни способна сократиться, по усреднённым данным, на 25 лет (Dervaux A., Laqueille X., 2016). Отдельные авторы (Pomerleau J., Gilmore A., McKee M. [et al.], 2004) приводят данные о том, что наша страна по табакокурению замыкает тройку «лидеров» среди мужчин и лидирует среди женщин среди восьми государств «постсоветского пространства». В Российской Федерации табакокурение занимает третье место в списке причин преждевременной смертности (Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации, 2010), приводя каждый год к смерти более трехсот тысяч граждан Российской Федерации. В результате только в 2002 году зависимость от никотина привела к летальному исходу 17 % лиц от числа всех со смертельных исходов (Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации, 2010; Отчет по итогам проведения

Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) в Российской Федерации, 2009; Marques P., Suhhrek M., McKee M. [et al.], 2007; Герасименко Н. Ф., Заридзе Д. Г., Сахарова Г. М., 2007).

Обобщая эту часть обзора, можно отметить, что в последние 20 лет наблюдается все более глубокое понимание синергичности нейробиологии при шизофрении и никотиновой зависимости, однако причинно-следственные механизмы, объясняющие широкое распространение курения среди пациентов с шизофренией остаются сложными и не до конца изученными. Можно лишь указать на две фундаментальные теории, предлагающие объяснение данного феномена:

1) гипотеза о самолечении, которая утверждает, что использование больным никотина представляет собой форму его стратегии самолечения для облегчения негативных и когнитивных симптомов расстройства (Adler L.E., Olincy A., Waldo M. [et al.], 1998; Kumari V., Postma P., 2005; Sacco K.A., Bannon K.L., George T.P. [et al.], 2004; Sáiz Martínez P.A., Al-Halabí S., Fernández-Artamendi S. [et al.], 2016);

2) общая гипотеза о единой уязвимости, которая предполагает, что влияние генетических и экологических факторов, а также адаптационные дефициты, необходимые для развития шизофрении, делают будущих пациентов более уязвимыми не только к развитию этого заболевания, но и к формированию никотиновой зависимости (Tseng K.Y., Chambers R.A., Lipska B.K. [et al.], 2009; Chambers R.A., Krystal J.H., Self D.W. [et al.], 2001; Smucny J., Olincy A., Rojas D.C. [et al.], 2016).

К этому следует добавить, что пациенты с шизофренией могут использовать курение сигарет с целью компенсации дефектов когнитивной функции, что соотносится с гипотезой самолечения при курении сигарет при шизофрении. Это утверждение подтверждается:

1) исследованиями Е. Левина и его коллег (Levin E.D., Connors C.K., Sparrow E. [et al.], 1996), демонстрирующими, что никотиновый пластырь может, в

зависимости от дозы, уменьшить когнитивный дефицит, связанный с применением галоперидола у лиц с шизофренией;

2) данными сравнения пациентов, отказавшихся от курения, с курильщиками (George T.P., Krystal J.H., 2000), которые позволяют предложить модель для объяснения взаимосвязи между никотином / курением, функцией кортикального дофамина (и норадреналина) и пространственной рабочей памятью.

Как известно, никотин влияет на функционирование нейромедиаторных систем, вовлеченных также в патогенез основных психических расстройств, включая регуляцию обмена дофамина, норадреналина, серотонина (5-НТ), глутамата, гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и эндогенных опиоидных пептидов (Picciotto M.R., Caldarone B.J., King S.L. [et al.], 2000). При этом мезолимбические дофаминовые нейроны обладают пресинаптическими никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами и могут иметь особое значение для опосредования эффектов никотина через проводящие пути из вентральной сегментарной области в среднем мозге в передние мозговые структуры. Как известно, такие же подкорковые пути имеет и допамин, который участвует в формировании позитивных симптомов (Kunii Y., Hyde T.M., Ye T.Y. [et al.], 2014; Durany N., Zöchling R., Boissl K.W. [et al.], 2000; Brašić J.R., Cascella N., Kumar A. [et al.], 2012; D'Souza M.S., Markou A. [et al.], 2012; Esterlis I., Ranganathan M., Bois F. [et al.], 2014).

Стимуляция мозговых пресинаптических никотиновых ацетилхолиновых рецепторов на нейронах увеличивает как высвобождение транмиттеров, так и организменный метаболизм. В отличие от большинства агонистов, хроническое введение никотина приводит к десенситизации и инактивации никотиновых ацетилхолиновых рецепторов, что объясняет, почему многие курильщики сообщают о том, что наибольшая потребность в выкуривании сигареты появляется ранним утром. Пресинаптические никотиновые ацетилхолиновые рецепторы представлены на дофаминовых нейронах среднего мозга, которые выступают от вентральной сегментарной области до префронтальной коры,

вызывая высвобождение дофамина и метаболизм при активации никотином (во время курения). Дисрегуляция функционирования префронтальной коры была выявлена при шизофрении, что, возможно, связано с гипофункцией кортикального дофамина и других передающих систем (Knable M.B., Weinberger D.R., 1997). Ряд авторов выдвигает гипотезу, что именно эта гипофункция кортикального дофамина (опосредующая когнитивный дефицит и отрицательные симптомы, связанные с шизофренией) может быть смягчена в результате курения сигарет (George T.P., Ziedonis D.M., Feingold A. [et al.], 2000; Parikh V., Kutlu M.G., Gould T.J., 2016).

Существуют убедительные доказательства того, что курение табака вызывает индукцию ферментной системы цитохрома P450 (CYP) 1A2 в печени, являющейся основным путем метаболизма таких антипсихотических препаратов, как галоперидол, хлорпромазин, оланзапин и клозапин (George T.P., Vessicchio J.C., Termine A. [et al.], 2002; Perry P.J., Miller D.D., Arndt S.V. [et al.], 1993). Соответственно, можно ожидать, что прекращение курения способно привести к увеличению концентрации антипсихотических препаратов в плазме, метаболизируемых системой 1A2, что было продемонстрировано как в проспективных, так и в ретроспективных исследованиях (Perry P.J., Miller D.D., Arndt S.V. [et al.], 1993; Seppälä N.H., Leinonen E.V. [et al.], 1999; Meyer J.M., 2001). Предполагается, что подобное увеличение уровней циркуляции антипсихотических препаратов в плазме крови способно повысить вероятность появления экстрапирамидных реакций, а также других побочных эффектов антипсихотиков. С другой стороны, в немногих опубликованных контролируемых исследованиях по прекращению курения (Addington J., Guebaly N.E., 1998; George T.P., Krystal J.H., 2000) не отмечалось значительного увеличения побочных эффектов лечения пациентов, бросивших курить, так что данная проблема требует дальнейшего исследования.

На данный момент появляется всё больше доказательств того, что некоторые фармакологические препараты способствуют снижению и/или прекращению курения (например, атипичные антипсихотические препараты,

бупропион, а также варениклин), и что эти препараты могут использоваться для лечения никотиновой зависимости у клинически стабильных пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

К ряду факторов, облегчающих отказ от табакокурения и повышающих продолжительность этого отказа у пациентов с шизофренией, отдельные авторы относят:

– курсовой приём бупропиона и варениклина (Roberts E., 2016; Jeon D.W., Shim J.C., Kong B.G. [et al.], 2016; Garcia-Portilla M.P., Garcia-Alvarez L., Sarramea F., 2016; Evins A.E., Hoerpner S.S., Schoenfeld D.A. [et al.], 2017);

– применение атипичного антипсихотика клозапина (в сравнении с другими антипсихотиками) (Wu B.J., Lan T.H., 2017; Wehring H.J., Heishman S.J., McMahon R.P. [et al.], 2017);

– курс приёма плацебо плюс поведенческая терапия (Cather C., Pachas G.N., Cieslak K.M. [et al.], 2017);

– курс комбинированного расширенного лечения и помощь на дому (Brody A.L., Zorick T., Hubert R. [et al.], 2017);

– переход на электронные сигареты (Miller V.J., 2017).

В связи со сказанным важным представляется фундаментальное понимание нейробиологических механизмов, которые при шизофрении способствуют повышению потребности и тяги к употреблению никотина, что имеет важное значение для разработки терапевтических стратегий, ориентированных на отказ от курения и повышение продолжительности жизни этих пациентов. Кроме того, вполне правомочным оказывается вывод о необходимости включения в персонализированное ведение коморбидных пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра и зависимостью от никотина, комбинированных интервенций, направленных на отказ от никотина и формирование лекарственного комплайенса (в том числе приема препаратов, облегчающих отказ от никотина).

Принято считать, что люди, страдающие заболеваниями шизофренического спектра, оказываются не только более уязвимыми для развития никотиновой

зависимости, но и испытывают больше сложностей на пути отказа от курения. В определенной степени это связано с тем, что, пациенты, страдающие расстройствами шизофренического спектра, испытывают более выраженные симптомы отмены во время абстиненции, чем курильщики без шизофрении (de Leon J., Diaz F.G., 2006; Spring B., Pingitore R., McChargue D.E., 2003; Weinberger A.H., Sacco K.A., Creedon C.L. [et al.], 2007). Более того, по сравнению с обычными курильщиками, курильщики с шизофренией склонны потреблять большее количество никотина: или за счёт увеличения количества выкуриваемых сигарет или за счёт повышения их крепости (Olinicy A., Young D.A., Freedman R., 1997; Strand J.E., Nybäck H., 2005). В связи с этим среди специалистов распространен миф, о том, что лица, страдающие психической патологией, не имеют намерения бросать табакокурение. Однако в исследовании F. Cosci с соавт. (Cosci F., Pistelli F., Lazzarini N., 2011) было показано, что более 3/4 таких людей говорят о желании прекратить курение, около 30% пациентов предпринимают не менее трех серьезных попыток отказаться от никотина и около половины уходят от курения до пятидесятилетнего возраста. В свете вышеизложенного разработка психосоциальных интервенций, способствующих комплаентности пациентов, крайне важна.

Особое значение в этиопатогенезе расстройств шизофренического спектра принадлежит социальным влияниям. Исследование мигрантов Западной Европы позволяют утверждать о существенном влиянии социальных факторов на патогенез шизофрении, а именно – о повышенном риске развития психического заболевания у иммигрантов второго поколения, что не может быть полностью объяснено только особенностью биологических факторов. При этом анализ среды проживания иммигрантов второго поколения выявляет идущие с детского возраста стрессовые факторы в виде недоброжелательно настроенного к ним окружения вследствие социокультурных различий с аборигенами. Однако важно отметить, что результаты исследований социокультурных факторов развития шизофрении не всегда возможно трактовать однозначно. Для более широкого понимания их влияния были предприняты эксперименты на животных, которые

позволили показать связь отвержения в группе биологических особей с нарушением работы дофаминовой системы (системы поощрения) (Cantor-Graae E., 2007). Известно, что дофамин – нейромедиатор, оказывающий влияние на побуждение и поддержание мыслительной деятельности. Подавление выработки дофамина может вызывать состояние апатии и инертности, проявляющееся в форме брадифрениии. Известно также, что дисбаланс дофаминовой системы связан с патогенезом шизофрении, обсессивно-компульсивного расстройства и болезни Паркинсона (Lyon G.J., Abi-Dargham A., Moore H. [et al.], 2009). Допустимо предположить о связи уязвимости с развитием психоза и «дофаминовым дисбалансом» в хвостатом ядре: увеличение концентрации дофаминовых D2-рецепторов в хвостатом ядре может приводить к снижению продуктивности и ухудшению когнитивных способностей, а также к нарушению экстрапирамидной системы. Не случайно данный феномен лежит в основе теоретического обоснования применения психофармакологических препаратов, являющихся блокаторами D2-рецепторов уже на ранних этапах развития заболевания (Hirvonen J., van Erp T.G., Huttunen J. [et al.], 2005).

Отмеченное выше хорошо встраивается в биопсихосоциальную парадигму заболевания, построенную на двух моделях развития психических расстройств: последовательно-динамической модели возникновения заболевания («уязвимость-диатез-стресс-заболевание») и «адаптационно-компенсаторной» модели его последующего развития.

Модель «уязвимость-диатез-стресс-заболевание» предполагает последовательное динамическое взаимодействие составляющих ее компонентов в этиопатогенезе психического расстройства.

«Уязвимость характеризуется сенситивностью к заболеванию, которая не выявляется клинически и представляет собой скрытый фактор риска возникновения расстройства» (Zubin J., Spring B., 1977).

В уязвимости, помимо биологической составляющей (в частности, генетической), определяющей сенситивность к биологическим стрессорным влияниям, важную роль играет психологическая составляющая, определяющая в

раннем детстве чувствительность к психологическим стрессорам (Beck A.T., Rector N.A., Stolar N. [et al.], 2008).

В коллективной монографии «Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание» А.П. Коцюбинский и соавторы отмечают, что уязвимость при этом не является некой константой, ее выраженность меняется в различные периоды жизни (Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. [и др.], 2004),

Психический диатез – субклинически выявляемая чувствительность к заболеванию, представляющая собой признак риска его развития. Выделяют два варианта психического диатеза: психопатологический и психосоматический, в каждом из которых различают эпизодическую, фазную и константную формы.

В адаптационно-компенсаторной модели важным является представление «о психической адаптации, которая представляет собой динамический процесс, цель которого – приспособление к определенным условиям среды. В коллективной монографии «Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание» авторы (Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. [и др.], 2004) отмечают, что психическая адаптация содержит три блока: социальный, психологический, биологический».

В последние годы рассматривается представление о “барьере психической адаптации» (Вальдман А.В., Александровский Ю.А., 1987), в котором, как отмечает А.П. Коцюбинский (Коцюбинский А.П., 2017), целесообразно рассматривать два уровня: «барьер уязвимости» и «барьер психического диатеза».

«Барьер уязвимости («порог уязвимости») представляет собой функционально-динамическое образование, по существу являющееся интегрированным выражением биологической и социально-психологической составляющей чувствительности индивидуума к психическому расстройству. При этом функциональные возможности адаптационного барьера под влиянием биологических и социальных факторов постоянно трансформируются» (Александровский Ю.А., 2010). Для перехода границы барьера сила стрессора должна превысить адаптационные возможности уязвимости. В случае перехода

через этот барьер латентные значения уязвимости становятся явными: скрытая уязвимость переходит в субклинически выявляемый психический диатез.

«Барьер диатеза рассматривается как второй уровень «барьера психической адаптации» (Вальдман А.В., Александровский Ю.А., 1987), находящийся на границе диатеза и собственно психического заболевания. Для перехода через этот барьер также необходима интенсивность стрессового воздействия, превышающая некоторую адаптационную, свойственную данному индивидууму, «диатезную» критическую величину.

Стрессор – неспецифический триггер, способствующий выявлению и развитию психического расстройства». При этом стрессогенность воздействия во многом связана с субъективной оценкой его индивидуумом.

“Адаптационно-компенсаторная” модель предполагает соучастие в формировании и развитии психических расстройств адаптационных (Давыдовский И.В., 1962) и компенсаторных механизмов, выступающих в целостном адаптационно-компенсаторном взаимодействии. Компенсаторные механизмы актуализируются в условиях, затрудняющих адаптивную реакцию, и в своей адаптационно-компенсаторной совокупности направлены на поддержание функционального состояния организма за счет сохранных элементов имеющейся у индивидуума приспособительной системы реагирования на стресс (Анохин П.К., 1975; Свердлов Л.С., Скорик А.И., Галанин И.В., 1984). Иными словами, адаптационно-компенсаторные механизмы непрерывны и позволяют поддерживать гомеостаз, обеспечивая жизнедеятельность человека.

Вышеперечисленное делает более понятным изменения медиаторных систем головного мозга при определенной конstellляции внешних и внутренних факторов. В основе этого подхода лежит представление о психическом расстройстве как процессе психической дезадаптации, возникшем в результате стрессового воздействия на организм, который характеризуется преморбидной сенсibilизированностью к формированию заболевания. В случае затруднения адаптационно-компенсаторных ответов на стрессоры у индивидуума происходит динамический «переход» через первый и второй барьеры адаптации, что и

способствует началу развития болезненного процесса (Александровский Ю.А., 1976).

Таким образом, адаптационно-компенсаторная модель рассматривает развитие заболевания как единую динамическую систему реагирования организма в ответ на стрессовое воздействие.

При этом в случае развития психического расстройства за проявлениями негативной симптоматики стоят в основном механизмы адаптации (приспособления к изменившимся в результате болезни условиям существования за счет снижения интенсивности функционирования организма), а за проявлениями продуктивной симптоматики – механизмы компенсации (патологические формы компенсаторного сохранения функционирования организма на доболезненном уровне). В коллективной монографии «Аутохтонные непсихотические расстройства» А.П. Коцюбинский и соавторы отмечают, что в этой модели относительно неплохо изучена роль физиологических (биологических) адаптационно-компенсаторных механизмов, но явно недостаточно изученной остается роль личностных адаптационно-компенсаторных механизмов, хотя именно взаимодействие биологических и психологических адаптационно-компенсаторных механизмов определяет как качественную, так и содержательную характеристику психопатологических феноменов (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Мазо Г.Э., 2015).

В связи со сказанным можно говорить в целом об адаптационно-компенсаторном потенциале индивидуума как об одной из ключевых функций поддержания жизнедеятельности организма как в доболезненном периоде, так и в случае развившегося психического расстройства.

Адаптационно-компенсаторный потенциал - динамическая структура, объединяющая все способности человека к адаптации: внутренние (биопсихологические) и внешние (социальные и, в широком смысле, средовые).

Биологический адаптационно-компенсаторный потенциал представляет собой комплексную организменную систему, основной функцией которой

является обеспечение необходимого уровня жизни в ситуации постоянных изменений факторов среды.

«Психологический адаптационно-компенсаторный потенциал» или «личностный адаптационный потенциал» (Богомолов А.М., 2008; Добряк С.Ю., 2004; Коновалова Н.Л., 2000; Посохова С.Т., 2008) базируется на представлении о структуре “Я”, которая организует работу психики, координируя множество психических процессов и обеспечивает при этом сохранность индивидуальности» (Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Богданова Л.В., 2010). Изучив роль этой структуры в процессе адаптации, можно лучше понять закономерности психического здоровья (Ярзуткин С.В., 2002). А.М. Богомолов определяет личностный адаптационный потенциал (или адаптивный потенциал) как способность личности реструктурировать свои качества для усиления резистентности и налаженности работы внутренних процессов. В рамках этой теории он предлагает разделять 3 уровня адаптационных ресурсов индивидуума: а) индивидуальный; б) субъектно-деятельностный; в) личностный. Индивидуальный уровень включает в себя когнитивный и энергетический компоненты. Субъектно-деятельностный базируется на инструментальных и креативных способностях. Коммуникационный и мотивационный компонент составляют личностный уровень адаптационных ресурсов (психологическую адаптацию). Поддержание равновесия этой системы достигается за счет стратегий совладания со стрессом и комплексом психологических защит, структурирующих распределение ресурсов в процессе адаптации. Целесообразно включать в механизмы регуляции, а именно - в комплекс психологической адаптации, и внутреннюю картину болезни при возникновении психического расстройства.

Представление о личностном адаптационном потенциале создает фундамент для понимания психологических механизмов, участвующих в патогенезе аутохтонных (эндогенных) психических расстройств. Отправной точкой в этом случае становится тезис о потребности индивида защищать и поддерживать уровень своего социального развития и стремление восстанавливать его в случае

спада (Семенова Н.Д., 2009; Семенова Н.Д., Гурович И.Я., 2014, Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Добровольская А.Е. [и др.], 2017).

В частности, это стремление проявляется в отношении к болезни, актуализирующем мотивационные ресурсы индивидуума и его способность удовлетворить личностные и социальные потребности.

Анализом этой проблемы занимаются различные направления психологии, но наиболее полно она изучена в рамках когнитивно-поведенческого и психодинамического психотерапевтического направления. Например, данный подход применяется специалистами Национального исследовательского медицинского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Караваева Т.А., Бабурин И.Н., Колотильщикова Е.А. [и др.], 2011а.; Караваева Т.А., Бабурин И.Н., Колотильщикова Е.А. [и др.], 2011в.) при исследовании структуры пограничных состояний. Однако не меньший научный интерес представляют исследования влияния психотерапии на функционирование больных шизофренией в социуме (Гурович И.Я., Папсуев О.О., 2015).

Исследование личностного адаптационного потенциала не происходит в отрыве от изучения свойств личности, их структуры, внутренних взаимодействий и связей с факторами внешней среды. В связи с этим, помимо биологического и личностного, выделяют также средовой, или внешний, адаптационно-компенсаторный потенциал. Он определяется уровнем возможностей индивидуума взаимодействовать с социумом и соответствовать жизненным требованиям.

Актуальные представления о дезадаптивных (дисфункциональных) схемах

Существенно новым и продуктивным вкладом в содержание объекта психотерапевтической интервенции при психотических расстройствах явилась развиваемая в последние годы концепция о «дезадаптивных схемах», предтечей

которых явилось представление о «когнитивных схемах» (первоначально понимаемых как генерализованные правила интерпретации человеком жизненного опыта, определяющие настройки фильтра для воспринимаемой информации вне зависимости от внешних условий (Beck A.T., 1967)). В дальнейшем представление о «когнитивных схемах» обогатилось за счет включения в этот терминологический конструкт фундаментальных паттернов отношения индивидуума к себе и к окружающему миру. Эти паттерны затрагивают всю сферу психики и включают в себя когниции, переживания, ощущения, представляя собой, как считал Д. Янг (Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M., 2003), застарелые и крайне ригидные и самоподдерживающиеся шаблоны, которые, чаще всего, развиваются в раннем детстве (во взрослом возрасте это случается реже) и являют собой комплекс негативных (дисфункциональных) мыслей и чувств, которые повторяются и уточняются на протяжении всей жизни, отражаясь в мышлении, эмоциях и поведении и проявляясь в течение всей жизни.

Д. Янг создал подробную классификацию ранних неадаптивных схем для их более подробного исследования (Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M., 2003; Phillips K., Brockman R., Bailey P.E. [et al.], 2017; Арнтц А., Якоб Г., 2016; Касьяник П.М., Романова Е.В., 2016; Фаррелл Д.М., Шоу А., П.М. Касьяник [и др.], 2013; Холмогорова А.Б., 2014) и предложил классификацию схем по критерию неудовлетворенной потребности: а) нарушенная автономия; б) нарушение привязанности и отвержение; в) нарушенные границы; г) направленность на других; д) сверхбдительность и запреты. Автор говорит и о наличии адаптивных схем, но важно понимать, что оценка дезадаптивности схем достаточно условная. Паттерны поведения, как внешние атрибуты, в понятие схемы Д. Янг не включает, считая их попыткой адаптивного реагирования на дисфункциональные убеждения (Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M., 2003). Он допускает, что на содержание переживаний при расстройствах личности и хронических психических заболеваниях могут влиять определенные категории схем, особенно возникшие под воздействием травматического опыта.

В работе Н. Шмидта и соавторов (Schmidt N.B., Joiner T.E., Young J.E. [et al.], 1995) показаны данные первых исследований дезадаптивных схем и методов работы с ними, которые впоследствии подтверждались другими группами исследователей (Lee C.W., Taylor R.G., Dunn J. 1999).

Вместе с тем, представление о «дисфункциональных» схемах получило весьма слабое отражение в психодинамических исследованиях, в то время как с большим пониманием это представление было воспринято представителями некоторых других психотерапевтических школ, которые в своей практике чаще начинают обращаться к методам, затрагивающим более глубокие уровни психики (по сравнению с классическими техниками психотерапевтической работы с поверхностными уровнями когниций - автоматическими мыслями). Можно говорить о том, что в настоящее время в схемаориентированном направлении основной мишенью интервенций становятся дисфункциональные глубинные убеждения, получающие свое отражение в структуре болезненной симптоматики.

Фактором формирования таких глубинных и промежуточных убеждений может стать травматический опыт, пережитый в детстве. Формирующиеся в результате этого дезадаптивные (дисфункциональные) схемы влияют на преморбидное возникновение искажений восприятия реальности, мешают удовлетворению тех или иных потребностей индивида и способствуют выбору им неадаптивных форм поведения (Beck A.T., 1976; Wells A., Matthews G., 1994).

В связи с этим закономерна идея исследования значения ранних дезадаптивных (дисфункциональных) схем пациентов с шизофренией в качестве неспецифического признака, влияющего на чувствительность к возникновению заболевания и последующему отражению в форме дефицита психологического адаптивно-компенсаторного потенциала. Применительно к описанной биопсихосоциальной концепции понятие дезадаптивных (дисфункциональных) схем может быть рассмотрено как проявление трудностей социализации в преморбидном периоде, неблагоприятно влияющих не только на «стрессогенную чувствительность» к возникновению заболевания, но и в

дальнейшем, при развитии психического расстройства, на его клинические проявления и социальную адаптацию больных.

Ключевыми компонентами формирования дезадаптивных (дисфункциональных) схем в преморбиде могут становиться некоторые особенности семейного взаимодействия, а именно: гиперопека пациента значимыми лицами, социальная и эмоциональная депривация.

Существуют исследования, выстраивающие гипотезы, которые объединяют все компоненты, связанные с формированием уязвимости, в самоподкрепляющийся цикл: травматический опыт в детстве влияет на возникновение биологических изменений (хотя многие исследователи считают необходимым экспериментально проверить обратимость этих психофизиологических изменений), а последние в свою очередь становятся фактором, облегчающим возникновение и участвующим в формировании психоза. Например, исследование В. Баркер и коллег (Barker V., Gumley A., Schwannauer M. [et al.], 2015) показывает, что жестокое обращение с ребенком вызывает гиперреактивность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси (система регуляции организма при стрессовом воздействии), уменьшение объема гиппокампа, повышение выработки дофамина и ухудшение синтеза окситоцина: такие изменения увеличивают чувствительность к регулярным микрострессорам, что, в свою очередь, повышает вероятность развития психоза. Стресс в этом цикле становится спусковым (триггерным), но не определяющим фактором в биопсихосоциальной модели формирования болезненного процесса.

Интерес представляют воздействие схемаориентированных техник на воспоминания о травматическом опыте в детстве и на нейробиологические процессы. Экспериментальные техники позволяют осознать и вербализовать переживания, ассоциированные с тяжелым опытом в прошлом, а также «формируют необходимый контекст для удовлетворения базовых потребностей, депривированных в детстве. Например, в процессе рескриптинга пациент постепенно погружается в воспоминания травматических событий, прокладывая мост к ним, идущий от негативных переживаний в настоящем моменте» (Артц

А., Якоб Г., 2016). На следующем шаге психотерапевтической интервенции тяжелые образы из прошлого трансформируются таким образом, чтобы удовлетворить наличествующие в настоящее время базовые потребности пациента. За счет этого у пациента снижается интенсивность имеющихся актуальных негативных эмоций и укрепляются чувства безопасности и привязанности (Арнтц А., Якоб Г., 2016).

Эти гипотезы нуждаются в дополнительных подтверждениях, но уже сейчас известно, что в анамнезе людей с психотическими расстройствами достаточно часто встречается сексуальное или физическое насилие в детстве (Read J., Agar K., Argyle N. [et al.], 2003), что важно проанализировать с точки зрения формирования в преморбидном периоде у будущих психически больных различных дисфункциональных схем, делающих таких индивидуумов более сенсibilизированными к внешним стрессовым воздействиям (и в целом – негативно отражаясь на устойчивости их личностного адаптационного потенциала). Дисфункциональные схемы, таким образом, связаны и с возникновением, и с поддержанием психотических состояний. Именно поэтому наличие и актуализацию таких схем важно учитывать при работе с пациентами на каждом этапе проводимых с ними терапевтических мероприятий: установления контакта, диагностики, концептуализации случая, осуществления психотерапевтических интервенции и профилактики рецидивов.

Клинический опыт свидетельствует, что типичные схемы пациентов с психическими расстройствами оказываются следующими: «Я дефектный», «Меня невозможно любить», «Я слабый», «Я не такой, как остальные», «Людям нельзя доверять», «Окружающий мир небезопасен» (Morrison A.P., Riso L.P., du Toit P.L. [et al.], 2007). Понимание врачом этих групп убеждений помогает обнаружить и понять когнитивные искажения пациента и особенности психотерапевтического процесса: недоверие к терапевту и работе в целом, убеждение пациента «Я не достоин помощи», трудности с домашними заданиями и многое другое.

Таким образом, механизм взаимовлияния схем и болезненной симптоматики достаточно сложный. Обычно специалисты работают в соответствии с

гипотезой, утверждающей, что ранний детский опыт формирует основы когнитивных схем, которые отражаются в определенных переживаниях, поведении и группах убеждений пациента при развитии у них в дальнейшем психического расстройства.

J. Read, K. Agar, N. Argyle [et al.] (2003) определили, что среди людей, переживших психотическое расстройство, широко распространено наличие сексуального и физического насилия в детстве. Исследование C.L. Whitfield, S.R. Dube, V.J. Felitti [et al.] (2005) показало, что риск галлюцинации был увеличен в 1,2-2,5 раза при любом травматическом детском опыте, независимо от типа травмы или пола (данные сравнения 17337 пациентов). S. Şahin, Ç. Yüksel, J. Güler [et al.] (2013) предоставили данные, подтверждающие то, что травма чаще встречается как у пациентов с первым психотическим эпизодом шизофрении, так и у группы с повышенным риском психического расстройства. Люди, испытавшие повторную детскую травму или испытавшие множественные формы детской травмы, имеют больший риск (до 30 раз) развития психического расстройства (Shevlin M., Houston J.E., Adamson J., 2007). Проведенный H.J. Jackson, P.D. McGorry, E. Killackey [et al.] (2008) мета-анализ 46 исследований показал, что до 73% людей с психозом сообщают историю сексуального, физического или эмоционального насилия в детстве. При этом, по данным мета-анализа (Matheson S.L., Shepherd A.M., Pinchbeck R. [et al.], 2013) была установлена следующая вероятность формирования того или иного диагноза у людей, переживших травму в детстве (OR 0,03, $p < 0,0001$): встречаемость шизофрении примерно соответствует встречаемости аффективных психозов, депрессии и расстройств личности, но сравнительно ниже, чем диссоциативного расстройства (напр., ПТСР). Это обстоятельство, с точки зрения R.van Winkel, M.van Nierop, I. Myin-Germeys [et al.] (2013) связано с тем, что хотя детская травма носит не специфический характер, она может обуславливать нарушение генетической системы регуляции настроения (изменение гена транспортера серотонина), нейропластичности (BDNF) и стресс-реактивности (FKBP5), вносящих вклад в формирование целого ряда психических расстройств. Ранние дезадаптивные

схемы, таким образом, развиваются и носят характер участвующего в патогенезе заболевания психосоциального воздействия. Допустимо предположение о том, что дезадаптивные схемы могут повышать уязвимость (в рамках психического диатеза) к развитию психических расстройств, а также сохранять свое негативное воздействие в процессе заболевания. При таком понимании дезадаптивные схемы становятся еще одним фактором риска, снижающим адаптационно-компенсаторные способности индивидуума, что приводит к формированию заболевания или облегчению рецидива при уже имеющейся болезни.

Конкретные типы неблагоприятного детского опыта и их влияние на психопатологическую симптоматику

Перспективным подходом к пониманию конкретных межличностных схем является теория схем Джеффри Янга (2003) (Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M., 2003). Теория схемы подчеркивает опыт раннего детства и предполагает, что негативные переживания и неудовлетворенные основные эмоциональные потребности в детстве и подростковом возрасте могут привести к проявлению ранних малоадаптивных схем. Ранние малоадаптивные схемы определяются как сложный образец воспоминаний, эмоций, познаний и телесных ощущений, часть которых может быть сознательной, но большинство из которых являются неявным знанием. В зрелом возрасте срабатывание малоадаптивных схем предположительно вызывает негативные эмоциональные состояния и дисфункциональные ответы. Существует большое количество данных, свидетельствующих о существовании связи между негативным самовосприятием и психотическими симптомами (Kesting M.L., Lincoln T.M., 2013; Kesting M. L., Bredenpohl M., Klenke J. [et al.], 2013; Tiernan B., Tracey R., Shannon C., 2014). В своей когнитивной модели заблуждений Р.А. Garety и D. Freeman (2013) предположили, что ранняя травма и хронический стресс приводят к развитию дисфункциональных негативных схем, внося свой вклад в параноидные

объяснения аномальных переживаний и низкую самооценку у людей из группы риска.

P.E. Bebbington, D. Bhugra, T. Brugha [et al.] (2004) использовали данные интервью 8 580 взрослых из British National Survey of Psychiatric Morbidity (BNSPM), чтобы проверить гипотезу о том, что ряд детских стрессовых событий способствует формированию повышенного риска формирования психоза. Они обнаружили, что люди с психозом в 15,5 раз чаще подвергались сексуальному насилию, чем здоровая контрольная группа, и имели более высокую встречаемость насилия, чем у любой другой диагностической группы. В другом крупном исследовании, проведенном среди населения Нидерландов (N = 4045), было показано, что негативный детский опыт влияет на вероятность проявления в случае развития психического расстройства позитивной симптоматики.

Вышеперечисленные положения хорошо коррелируют с результатами ряда научных проектов, предполагающих, что «ранние стрессовые события могут приводить к психологическим и биологическим изменениям, повышающим риск формирования психоза» (Janssen I., Krabbendam L., Bak M. [et al.], 2004), J. Read и N. Argyle (1999) обнаружили, что содержание чуть более половины (54%) «шизофренических» симптомов, встречающихся у пациентов, переживших травму, очевидно было связано с насилием. Так, например, женщина, подвергшаяся сексуальному насилию со стороны своего отца с 5 лет, слышала «мужские голоса вне её головы и кричащие детские голоса в её голове».

Анализ двух мета-исследований, оценивающих связи между психотическими расстройствами и детскими травмами, проведённый E. Appiah-Kusi, H.L.Fisher, N.Petros [et al.] (2017), показал, что по результатам Brief Core Schema Scale (BCSS) (Fowler D., Freeman D., Smith B. E. N. [et al.], 2006) пациенты с сверхвысоким риском возникновения психоза значительно чаще (относительно контрольной группы – 38 человек здоровых) сообщали о переживании разных видов детской травмы (эмоциональное или сексуальное насилие, эмоциональное и физическое пренебрежение) и имели большую выраженность негативных схем и менее позитивное восприятие себя и других, а также чаще употребляли каннабис

(более одного раза в месяц). В этом же исследовании было обнаружено, что эмоциональное пренебрежение к индивидууму, имевшее место в его анамнезе, значимо связано с формированием статуса сверхвысокого риска возникновения психоза ($b = 0,262$, 95% ДИ: 0,155-0,408) и эта связь частично опосредовалась негативной схемой отношения пациента к себе ($b = 0,045$, 95% ДИ: 0,004-0,159). Аналогичным образом было подтверждено, что эмоциональное пренебрежение в детстве было значительно связано с развившейся позднее паранойей ($b = 1,354$, 95% ДИ: 0,246-2,462) и эта связь была частично опосредована негативным схемой отношения пациента к себе ($b = 0,988$, 95% ДИ: 0,323-1,895).

Недавнее же исследование (Hardy A., Emsley R., Freeman D. [et al.], 2016) на выборке из 228 пациентов с рецидивирующим психозом смогло обнаружить связи между:

– сексуальным насилием в детстве и слуховыми галлюцинациями (скорректированный OR = 2,21, SE = 0,74, P = 0,018), опосредованными посттравматическим избеганием, оцепенением и гиперактивацией, а не интрузивными воспоминаниями о травме, негативными убеждениями или депрессией, как предполагалось ранее;

– эмоциональным насилием в детстве и бредовыми идеями преследования (скорректированный OR = 2.21, SE = 0.68, P = .009), а также экспансивный бредом (скорректированный OR = 2.43, SE = 0.74, P = .004), опосредованными отрицательными убеждениями об окружающих (OR = 1,36, SE = 0,14, P = 0,24).

Таким образом, данное исследование подчеркивает роль когнитивно-аффективных процессов во взаимосвязи между травмой в анамнезе и симптомами развившегося в дальнейшем заболевания, а также важность оценки и лечения виктимизации и ее психологических последствий у людей, заболевших при дальнейшем течении жизни психическим расстройством.

В исследовании С. Bortolon, D. Capdevielle, J. Boulenger [et al.] (2013) группы из 49 пациентов, которые сравнивались со здоровыми людьми, были обнаружены значительно более высокие показатели по большинству шкал опросника (12 из 14), но после учёта шкалы депрессии (измерялась опросником Бека

(BDI-II)) статистически значимыми оказались различия лишь по шкалам “Эмоциональное депривированность”, “Социальная отчужденность”, “Дефективность/Стыдливость”, “Запутанность”, “Неуспешность” и “Покорность”. Кроме этого, данное исследование предоставило данные, подтверждающие существование слабой, но значимой связи между степенями выраженности позитивной симптоматики (по шкале The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)) и выраженностью схемы “Недоверие/Ожидание жестокого обращения”. Однако данные исследования, проведенного J. Sundag, L. Ascone, A. de Matos Marques [et al.] (2016), проведенного три года спустя, вопреки предыдущим выводам, показывает, что пациенты с психозом и пациенты с депрессией не различаются по шкале “Недоверие/Ожидание жестокого обращения”. В данном исследовании были оценены и сопоставлены ранние дезадаптивные схемы у пациентов, переживших психоз, имеющих диагностированную депрессию и здоровой группы, и рассматривались с точки зрения предварительно полученных доказательств того, что дисфункциональные схемы могут способствовать развитию психического расстройства как такового, а не конкретной его формы. В соответствии с проведенным анализом, схема “Недоверие/Ожидание жестокого обращения” присутствовала у 23 из 81 пациента с психозом (28,4%) и у 7 из 28 пациентов с депрессией (25,0%) (Sundag J., Ascone L., de Matos Marques A. [et al.], 2016). Автор объясняет это расхождение тем, что пациенты с депрессией могли так же быть подвержены специфическим детским травмам (физическому и сексуальному насилию), что привело к формированию у них схемы “Недоверие/Ожидание жестокого обращения”. Несмотря на спорность полученных результатов, сравнение групп пациентов с психозом и здоровых, показало, что 13 схем имели более частую встречаемость у пациентов с психозом, а, значит, данные результаты всё ещё хорошо согласуются с утверждением о том, что дисфункциональные убеждения, связанные с межличностными факторами, являются проксимальным фактором риска для формирования позитивных симптомов. По данным А. Taylor и Р. McGuire (2017), собранным при исследовании группы из 21 пациента с диагнозами F20 и F31, социальное

функционирование пациентов (измерялась Шкалой уровня социальной активности - SFS; Birchwood M., Smith J.O., Cochrane R. [et al.], 1990) было значительно связано с двумя схемами: “Зависимость/Беспомощность” и “Запутанность / Неразвитая идентичность”.

Анализ описанных исследований выявил ряд ограничений для однозначной трактовки полученных результатов: в одном исследовании при наборе выборок (Bortolon C., Capdevielle D., Boulenger J.P. [et al.], 2013) не было отсева пациентов с грубыми когнитивными нарушениями, что могло исказить результаты шкал самоотчета; в другом исследовании (Sundag J., Ascone L., Marques A.M. [et al.], 2016) выборка была нозологически гетерогенной.

В будущем необходимо уточнение оценки влияния на развитие психического расстройства взрослого травматического опыта, семейной жизни, культурного и духовного воспитания, школьного опыта и дружеских отношений.

Результаты отдельных мета-аналитических исследований, описанных в работе F. Varese, F. Smeets, M. Drukker [et al.] (2012), посвященных конкретному неблагоприятному преморбидному опыту, показали следующее отношение шансов возникновения психических расстройств по отдельным видам негативных событий (см. таблицу 1).

В рамках сказанного совершенно не случайным оказывается тот факт, что у многих пациентов с бредом преследования был опыт реального преследования в детстве: этот опыт становился фактором развития содержания бредовых переживаний о преследовании и идей о враждебности окружающего мира. При этом, по принципу обратной связи, само заболевание, в свою очередь, оказывало деструктивное влияние на характер убеждений пациента о себе, других людях и мире в целом, создавая, таким образом, ситуацию «порочного круга». Необходимость не только медикаментозного, но и, в комплексе с ним, психотерапевтического вмешательства для разрушения «порочного круга» подтверждает тот факт, что, несмотря на неполное и достаточно фрагментарное представление о путях формирования содержания психотических идей, следует отметить, что психотерапевтические интервенции, центрированные на имею-

щиеся у пациентов с шизофренией дезадаптивные схемы и убеждения, показывают высокую терапевтическую эффективность.

Таблица 1– Результаты отдельных мета-аналитических исследований, посвященных конкретному неблагоприятному опыту

Тип негативного преморбидного опыта	Количество исследований	OR (95% ДИ), значение p
Сексуальное насилие	20	2,38 (95% ДИ: 1.98-2.87), p <0.001
Физическое насилие	13	2,95 (95% ДИ: 2.25-3.88), p <0.001
Эмоциональное насилие	6	3.40 (95% ДИ: 2.06-5.62), p <0.001
Буллинг	6	2.39 (95% ДИ: 1.83-3.11), p <0.001
Смерть родителя	8	1.70 (95% ДИ: 0.82–3.53), p = 0.154
Отсутствие надлежащего ухода	7	2.90 (95% ДИ: 1.71-4.92), p <0.001

Таким образом, исследование ранних дисфункциональных схем позволяет, во-первых, определить некоторые психосоциальные специфические факторы, участвующие в возникновении и поддержании болезненного состояния, а, во-вторых, наметить мишени психотерапевтических интервенций.

Существует понятие “эмоциональных схем” Роберта Лихи (2002), отличающееся от определения «ранних дезадаптивных схем» Д. Янга. Термин “эмоциональная схема” означает некоторый «континуум оценок и экспектаций в отношении эмоций – как своих, так и эмоций других людей. Эмоциональные схемы определяют, что человек думает о своих и чужих переживаниях, а также способы реагирования на эти переживания» (Leahy R.L., Tirsch D., Napolitano L.A. 2011). В рамках концепции Р. Лихи существуют два таких способа: нормализация и патологизация эмоций. Нормализация эмоций предполагает их принятие и

адекватное выражение: это помогает соотнести их с конкретной ситуацией и уменьшить их интенсивность и продолжительность. Патологизация эмоций проявляется в оценке человеком чувств как специфических, свойственных только ему, так и опасных и неуправляемых: такое отношение к переживаниям усиливает и продлевает их во времени, что в свою очередь побуждает человека подавлять и контролировать эмоции (Leahy R.L., Kaplan D., 2004). Весомым фактором в формировании эмоциональных схем являются детско-родительские отношения и такие особенности контакта с ребенком, как мимика, тембр голоса, жестикация: эти элементы обратной связи лежат в основе формирования оценки своих эмоциональных переживаний и ожиданий от межличностного взаимодействия (Bucci W., 1997). Деадаптивные эмоциональные схемы связаны с негативными переживаниями, тревожностью, семейными конфликтами и расстройствами личности (Leahy R.L., 2003). Исходя из таких представлений, Р. Лихи взял за основу концепцию метакогнитивной психотерапии А. Вэллша (Wells A., 1995) и эмоционально-центрированный подход Л. Гринберга (Greenberg L.S., 2002).

Актуальные представления о методах психотерапии при аутохтонных (эндогенных) расстройствах

Классический психоанализ в работе с больными, страдающими шизофренией, не показал высокую эффективность. Более успешными выглядят современные модификации психодинамического направления. Так, в последних исследованиях хорошие результаты показывает применение модифицированного психодинамического подхода в рамках динамической психотерапии эндогенных расстройств (Аммон Г., 1995). Еще в СССР В.Д. Вид участвовал в разработке и создании психодинамических методов работы с больными шизофренией, осуществляемой и успешно развиваемой Н.Б. Лутовой (2001, 2013) в ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

При этом многие исследователи считают, что наиболее перспективными в работе с аутохтонными (эндогенными) расстройствами являются методы именно

когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП), в структуре которой важным этапом работы является психообразовательный блок (Wunderlich U., Wiedemann G., Buchkremer G., 1996).

В процессе КПП происходит изучение истории возникновения и специфики нарушений и формулирование психотерапевтического случая в виде структурированной концептуализации (Tai S., Turkington D., 2009).

В 1952 году А.Т. Бек (Beck A.T., 1952) впервые описал применение КПП при лечении шизофрении на примере терапии отдельного пациента. При этом А.Т. Бек использовал метод нарратива для создания доступной человеку концепции возникновения и поддержания его текущих жизненных трудностей. А. Бек предложил также метод сократического диалога для проверки рациональности, истинности и пользы когниций: например, пациента с идеями преследования побуждали найти рациональные аргументы, подтверждающие эти мысли.

Когнитивно-поведенческая терапия для психоза признает важность фокусирования на каждом отдельном симптоме, и, как это видно, создает основание для лучших результатов лечения. Само понимание пациентом этой концепции имеет терапевтический эффект и структурирует работу.

Хотя в прошлом большее внимание исследователи уделяли преимущественно КПП тревожных и депрессивных расстройств, в настоящее время усиливается изучение использования психотерапии в комплексном лечении пациентов с расстройствами шизофренического спектра: проводятся многочисленные исследования, разрабатываются и применяются на практике новые методы и техники. В целом можно отметить, что исследования подтвердили эффективность сочетания при эндогенных расстройствах фармакотерапии с психотерапией когнитивно-поведенческого направления (Chadwick P.D., Lowe S.F., 1990; Kingdon D.G., Turkington D., 1991; Milton F., Patwa V.K., Hafner R.J. 1978; Tarrrier N, Harwood S, Yussof L., 1990). При этом необходимо подчеркнуть, что в основе теоретической базы КПП эндогенных расстройств лежит парадигма “уязвимость - диатез - стресс- расстройство” (Beck A.T., Rector N.A., Stolar N. [et

al.], 2009), а сама КПП в 2003 году Национальным институтом здравоохранения и клинического мастерства (Великобритания) была выбрана как основной метод психотерапии расстройств шизофренического спектра (National Institute for Clinical Excellence, 2002).

В этом контексте интересно отметить, что с развитием когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) оказался тесно связанным и получил новое развитие дополняющий его психотерапевтический метод, базирующийся на концепции представления о схемах и схематерапии.

Были изучены ранние дезадаптивные схемы у пациентов разных нозологических групп: расстройствами личности (Jovev M., Jackson H.J., 2004), расстройствами пищевого поведения (Unoka Z., Tolgyes T., Czobor P. [et al.], 2010), депрессивными и тревожными расстройствами (Cormier A., Jourda B., Laros C. [et al.], 2011; Delattre V., Servant D., Rusinek S. [et al.], 2004), с биполярным расстройством (Hawke L.D., Provencher M.D., 2012). Результаты исследования когнитивных схем у группы больных с биполярным расстройством (наиболее близким к расстройствам шизофренического спектра в континууме проявлений психической патологии) показали, что одним из факторов, участвующем в развитии заболевания, стало отвержение или насилие в детском возрасте, что, вероятно, может объяснять большую выраженность у больных определенных схем по сравнению со здоровой популяцией (Hawke L.D., Provencher M.D., 2012; Newman C.F., Leahy R.L., Beck A.T. [et al.], 2002).

На основе анализа 13 рандомизированных контролируемых исследований пациентов с шизофренией (более тысячи человек) можно говорить о снижении в случае проведения КПП выраженности психотической симптоматики и связанного с ней дистресса в 20-40% случаях и общего улучшения самочувствия более чем у половины пациентов (Garety P.A., Kuipers E., Fowler D. [et al.], 2001). Однако, несмотря на научную обоснованность и доказательную практику, а также воспроизводимость результатов, в РФ когнитивно-поведенческая психотерапия эндогенных расстройств слабо распространена.

В определенной степени это связано со справедливым скепсисом психиатров к взглядам тех исследователей проведения КПП при эндогенных психических расстройствах, которые рассматривают психотические феномены исключительно как переживания, а не как проявления симптомов, лежащие в основе эндогенного расстройства.

Исследование субъективных индивидуальных переживаний и убеждений является, с точки зрения этих авторов, более существенным, чем собственно характер заболевания. В наиболее крайней и радикальной форме это положение выступает в форме парадигмы, основанной на примате характера и содержания симптома (Bentall R.P., Swarbrick R., 2003), в соответствии с которой каждому отдельному симптому придается большее значение (например, слуховым галлюцинациям, бредовым идеям/необычным предположениям, расстройствам мышления или негативным симптомам), чем целостной категориальной оценке психического состояния пациентов. В связи с этим каждый из составляющих психический конструкт феномен рассматривается с точки зрения возможности совладания пациента с симптомом и понимания его, а также способности пациента функционировать социально и профессионально, чему придается большее значение, чем лечению психического расстройства как такового. D. Turkington, D. Kingdon, P.J. Weiden [et al.] (2006) развили этот подход и предположили, что могут существовать пять подгрупп расстройств шизофренического спектра, различающиеся симптомами и породившими их причинами:

1) sensitivity disorder (расстройство сенситивности или повышенная чувствительность – повышенная уязвимость, ставшая причиной негативных симптомов и когнитивного дефицита);

2) травматический психоз (травма, ставшая причиной критических галлюцинаций и депрессии);

3) наркотический психоз (применение галлюциногена, способствующего развитию параноидных бредовых идей или негативных симптомов);

4) тревожно-депрессивный психоз (схема уязвимости с последующим развитием систематизированных бредовых идей);

5) кататония.

Отдавая дань необходимости учета для целостной оценки психического состояния пациента субъективной оценки им имеющейся психопатологической симптоматики и особенностей её содержательных характеристик, необходимо все-таки подчеркнуть, что в целом исследователи подчеркивают необходимость обязательного включения КПП в комплекс терапевтических мероприятий при эндогенных психозах и говорят о фармако-психотерапевтическом единстве этих разноплановых усилий, ориентированных на терапию имеющихся в этом случае различных по характеру нарушений психических процессов.

Когнитивно-поведенческая психотерапия эффективно дополняет психофармакотерапию и применяется к пациентам с расстройствами как непсихотического, так и психотического уровня. В структуру терапии пациентов страдающих расстройствами шизофренического спектра включены базовые когнитивные и поведенческие техники: планирование распорядка дня, метод градуированных заданий, тренинг мастерства и удовольствия, когнитивная реструктуризация дисфункциональных убеждений и поиск альтернативных (адаптивных) мыслей. При терапии пациентов психотического уровня добавляется работа, направленная на выработку у пациентов навыков совладания с позитивными симптомами (нарушениями мышления, бредовыми состояниями, галлюцинациями).

Целью при этом является не исчезновение симптомов, но реструктуризация старой оценки голосов и бредовых идей и генерирование новых альтернатив, которые не вызывают такой дистресс, как прежние построения пациента. Вместо просто фокусирования внимания на уменьшении симптомов, лечение при этом должно рассматриваться как эффективное, если есть снижение эмоционального дистресса пациента в результате терапии (Birchwood M., Trower P., 2006) и «improved social outcome», то есть большая социальная вовлеченность и результативность (Turkington D., Kingdon D., Turner T., 2002).

Стоит отметить, что в целом благодаря когнитивно-поведенческой психотерапии (особенно работам Даниэла Фримена, Дэвида Кингдома и Дугласа Туркингтона) изменилось отношение психотерапевтов к бреду как таковому. Если раньше считалось, что такие темы не стоит обсуждать с пациентом, а при резистентных состояниях стоит научить его диссимулировать переживания, чтобы выглядеть «нормальным», то теперь к бреду терапевты относятся как к адаптивной наиболее правдоподобной картине, которую человек смог сконструировать на основе своего жизненного опыта и болезненных переживаний. Бредовая фабула подлежит детальному обсуждению, в котором психотерапевт занимает активную исследовательскую роль, задавая вопросы, высказывая свои предположения и рассматривая их, наряду с идеями пациента, как гипотезы. В результате специалистом при помощи пациента выстраивается структура или иерархия параноидных переживаний, рисуются поддерживающие циклы (наглядно иллюстрирующие, как болезненная симптоматика, по типу порочного круга, сама себя поддерживает).

Однако, несмотря на актуальную необходимость разработки протоколов когнитивно-поведенческой терапии больных шизофренией, среди отечественных работ имеют место лишь единичные исследования КПП при реабилитации таких пациентов (Холмогорова А.Б., 1993, Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Далныкова А.А. [и др.], 2007; Еричев А.Н., 2017; Еричев А.Н., Моргунова А.М., Коцюбинский А. П., 2011; Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П., 2012; Вид В.Д., 2003; Лутова Н.Б., 2013; Савельева О.В., Петрова Н.Н., 2017).

В то же время за рубежом это направление получило свое дальнейшее развитие, в результате чего внутри когнитивно-поведенческой терапии постепенно сформировалось отдельное направление, терминологически оформившееся как СВТр - Cognitive behavioral therapy for psychosis (в русской транскрипции - КППп, что является аббревиатурой «когнитивно-поведенческой психотерапии при психозах»).

Когнитивно-поведенческая психотерапия при психозах (СВТр). Первоначально СВТр была разработана как индивидуальное и лишь позднее – как

групповое вмешательство, нацеленное на улучшение социального функционирования пациента за счет уменьшения дистресса, обусловленного новой для индивидуума психологической ситуацией (появлением психопатологической симптоматики и содержанием болезненных переживаний).

Когнитивно-поведенческая психотерапия при психозах основывается на основных «классических» принципах КПП, однако А. Brabban, R. Byrne, E. Longden [et al] (2017) описывает следующие три основополагающие для СВТр компонента:

1. Совместная разработка общей, понятной для пациента формулировки концепции, формирующей его представление об истоках и механизмах, соучаствующих в возникновении заболевания и поддерживающих психотические симптомы.

2. «Нормализация» в глазах пациента имеющегося у него психотического опыта для устранения стигмы, которая часто сопутствует постановке диагноза и госпитализации.

3. Ориентация пациента на принятие психотических симптомов, что способствует снижению дистресса, переживаемого в связи с психопатологическими симптомами, хотя прямо и не направлено на уменьшение их выраженности.

T. Wykes (2014), проводя анализ мета аналитических исследований, указывает, что, буквально с момента своего создания в начале 90х годах, СВТр рассматривалась преимущественно как терапия позитивных симптомов, устойчивых к лекарственным средствам, одновременно относясь исследователями к решению широкого круга новых задач.

В настоящее время СВТр адаптирована и апробирована для применения во многих странах и культурах: например, в Пакистане (Habib N., Dawood S., Kingdon D. [et al.], 2016) и Китае (Li W., Zhang L., Luo X. [et al.], 2017). Мета анализ 9-ти работ, проведённый F. Naeem и коллегами (Naeem F., Khoury B., Munshi T. [et al.], 2016), указывает на то, что использование СВТр при психотических симптомах имеет право на существование, оказываясь не только

целесообразным, но и эффективным фактором, который соучаствует в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий, проводимых с этими пациентами (Hazell C.M., Hayward M., Cavanagh K. [et al.], 2016), приводя к снижению выраженности позитивных симптомов, улучшению негативных симптомов и общему улучшению функционирования пациентов. И только один недавно проведенный метаанализ не показывает положительного эффекта СВТр (Wykes T., 2014) на проявления продуктивной психопатологической симптоматики. Результаты же, полученные большинством исследователей, свидетельствуют о том, что чаще всего сама СВТр изначально субъективно оценивается пациентами как «полезный и приемлемый терапевтический подход» (Wood L., Burke E., Morrison A., 2015), а интервенции СВТр оказываются более эффективными в том случае, если заболевший индивидуум принадлежит к женскому полу, имеет большой (зрелый) возраст и отличается высоким клиническим инсайтом на момент начала терапии (O’Keeffe J., Conway R., McGuire B., 2017). В то же время исследование Т.М. Lincoln и коллег (Lincoln T.M., Jung E., Wiesjahn M. [et al.], 2014) показало, что более высокая степень тяжести основного (психического) заболевания, более плохое функционирование индивидуума, а также выявляемый у него нейрокогнитивный дефицит и склонность к соскальзываниям и коморбидным заболеваниям «не создают препятствий для улучшения во время СВТр».

При этом, несмотря на то, что первичная цель СВТр заключается в уменьшении дистресса и предотвращении последующей инвалидизации (а не в изменении положительных симптомов психоза), определенное опосредованное влияние на клиническую картину заболевания СВТр все-таки оказывает. Так, результаты исследования М. Hayward с коллегами (Hayward M., Edgumbe R., Jones A.M. [et al.], 2018) обнаружили, что использование методики «Совершенствование копинг стратегий (Coping strategy enhancement - CSE)» как целенаправленной и краткой формы СВТр, оказывается эффективным при лечении слуховых галлюцинаций, снижая состояние дистресса и являя тем самым вмешательство низкой интенсивности и начало «терапевтического разговора» при

ступенчатом подходе, а через него – в широком смысле вообще проведение комплексной терапии слуховых галлюцинаций.

Обоснованность такого подхода отражается и в кейс-репорте D. Kimhy (D. Kimhy, 2016), который описывает позитивные результаты использования СВТр при слуховых галлюцинациях и связанных с ними бредовых заблуждениях у лиц с шизофренией. Фактически об этом же свидетельствую и исследования Gaag с коллегами (Gaag M. van der, Valmaggia L.R., Smit F. [et al.], 2014), которые пришли к выводу о том, что СВТр эффективна при лечении не только слуховых галлюцинаций, но также и при бредовых переживаниях больных, хотя в последнем случае полученные результаты должны интерпретироваться с осторожностью из-за гетерогенности и несущественных размерах достигаемого эффекта при его сопоставлении с действенностью активного фармакологического лечения, проводимого без использования СВТр.

Сказанное привело исследователей к представлению о формировании терапевтического альянса как важного предиктора успеха в применении СВТр (Currell S., Christodoulides T., Siitarinen J. [et al.], 2016), о чем имеются также убедительные исследования Н.Б. Лутовой, подчеркнувшей важность параметра «удовлетворенность лечением» и формирования терапевтического альянса в процессе реабилитационной работы с больными эндогенными психозами (Лутова Н.Б., 2013). При этом E. Jung и команда (Jung E., Wiesjahn M., Rief W. [et al.], 2015) указывают на то, что наиболее важными предикторами терапевтического альянса с пациентами являются воспринимаемая ими искренность и компетентность терапевта, а исследование С. Lawlor с коллегами (Lawlor C., Sharma B., Khondoker M. [et al.], 2017) показало, что высокая удовлетворенность пациентов терапией не зависит от хороших клинических результатов, а оказывается в значительно большей степени связана с имеющимися у пациентов положительными ожиданиями от результатов психофармакологической терапии и восприятия терапевта как компетентной фигуры.

Таким образом, проведенные исследования обнаружили целесообразность проведения СВТр при развившемся психическом расстройстве, доказательно

рассматривая СВТр в качестве дополнительного фактора, соучаствующего в формировании терапевтического комплайенса (Dixon L.B., Dickerson F., Bellack A.S. [et al.], 2010).

Помимо собственно дистресса и установления «терапевтического альянса» при психотических состояниях, исследователи в качестве мишени для СВТр указывают на наличие у этих пациентов (в связи с развитием психического расстройства) выраженной нестабильности негативных эмоций и малоадаптивных стратегий их регулирования, что, с точки зрения авторов, имеет отношение к развитию паранойяльных построений и должно быть в центре внимания при рассмотрении мишеней терапевтических вмешательств при СВТр (Nittel C.M., Lincoln T.M., Lamster F. [et al.], 2018).

Наконец, S. Jolley с коллегами (Jolley S., Ferner H., Bebbington P. [et al.], 2014) представил доказательства того, что социальная поддержка (поддерживающие пациента отношения по уходу за ним) связана с позитивной динамикой определенных когнитивных характеристик у людей с психозом, то есть с влиянием социальной поддержки на когнитивный механизм, что также, являясь несомненной составляющей СВТр, способствует повышению уровня социального функционирования пациентов.

Необходимо также отметить, что в последнее время СВТр стала использоваться в более радикальных целях – как предотвращение развития (при определенной преморбидной предрасположенности) психоза и может быть эффективной с точки зрения превентивного предотвращения или замедления срока манифестации развития психического расстройства у лиц, подверженных риску развития психоза (Stafford M.R., Jackson H., Mayo-Wilson E. [et al.], 2013).

Что же касается нейробиологических изменений, наблюдаемых у пациентов с шизофренией при проведении СВТр, то исследователями было установлено следующее.

Исследование L. Mason и коллег (Mason L., Peters E.R., Dima D. [et al.], 2015) показало, что СВТр приводит к реорганизации сетей мозга, участвующих в обработке социальной угрозы (соединений миндалины и префронтальной коры,

опосредующих обработку социальной угрозы). Вместе с тем для такого утверждения существует только один доказательный факт, свидетельствующий о положительной связи префронтально-теменной кортикальной области мозга с фактом проведения СВТр пациентам с психотическими симптомами. Это обстоятельство подчеркивает необходимость дополнительной, более сложной клинической психометрии, позволяющей более убедительно зафиксировать нейрофизиологические изменения после СВТр.

L. Mason с коллегами (Mason L., Peters E., Williams S.C. [et al.], 2017) наблюдали у пациентов, прошедших курс СВТр, сравнительное увеличение количества связей дорсолатеральной префронтальной коры с амигдалой, что предсказывает более высокие субъективные оценки восстановления психического состояния пациентов при длительном за ними наблюдении. Эти данные показали, что интенсивность реорганизации, происходящей на нервном уровне после психотерапии, может предсказать последующий (через 8 лет) путь клинического восстановления людей с психозом.

Сравнение, проведенное P. Premkumar с коллегами (Premkumar P., Bream D., Sapara A. [et al.], 2015), свидетельствовало о том, что в группе лиц, прошедшей курс СВТр, наблюдался больший, чем у не прошедших СВТр, объем серого вещества в ортофронтальной коре, что положительно коррелировало с уменьшением выраженности симптоматики, особенно – слуховых галлюцинаций и бреда преследования.

Другое исследование P. Premkumar и его сотрудников (Premkumar P., Bream D., Sapara A. [et al.], 2018) описывает уменьшение у пациентов с шизофренией, прошедших курс СВТр, объема гипофиза, что авторы связывают с развитием у них способности регуляции стресса и снижением уровня стресса, обусловленного психотическими симптомами.

Нейровизуальные исследования, описанные F.M. Howells с коллегами (Howells F.M., Baldwin D.S., Kingdon D.G., 2016), свидетельствуют об улучшении у пациентов, прошедших СВТр, когнитивного контроля. Так, исследование у этих пациентов электрофизиологических эффектов показало, что данный тип терапии

может улучшить активность альфа-полосы, связанной с уменьшением тонического состояния возбуждения во время отдыха. Это, в свою очередь, может привести к улучшению когнитивной деятельности.

На данный момент были сформированы различные протоколы лечения и формы СВТр. Рассмотрим некоторые формы СВТр.

Сокращенная форма когнитивно-поведенческой психотерапии при психозах

Е. Peters и коллеги (Peters E., Crombie T., Agbedjro D. [et al.], 2015) приводят доказательства долгосрочной эффективности СВТр при психических расстройствах. Рассмотренные Т.М. Lincoln и его командой (Lincoln T.M., Jung E., Wiesjahn M. [et al.], 2016) исследования (5 из 7) показывали устойчивый эффект, доказанный на небольшом временном отрезке (1-9 мес. после завершения терапии), что принципиально свидетельствует о наличии позитивного потенциала у данного метода терапии.

Данные F. Dark и коллег (Dark F., Whiteford H., Ashkanasy N.M. [et al.], 2015) свидетельствуют о том, что более 50% исследователей были заинтересованы в длительном применении СВТр пациентам с психозом.

Однако проведение столь продолжительной терапии оказывается доступным далеко не всем больным и влечёт к значительным экономическим затратам. В связи с этим на данный момент ведется широкая апробация сокращённых вариантов СВТр (менее 16 очных встреч).

Результаты исследования Т.М. Lincoln и коллег (Lincoln T.M., Jung E., Wiesjahn M. [et al.], 2016) позволяет рекомендовать проведение СВТр в течение как минимум 16 сеансов (25 – ради лучшей эффективности) и показывают, что эти рекомендации могут быть обобщены в соответствии с положениями клинической практики. Авторами указывается, что для этого в клинической практике СВТр необходимо развивать и включать в её программу новые подходы, которые смогут быть адаптированы к конкретным пациентам, повышая гибкость применения метода СВТр за счет видоизменения терапии,

(подчиненной первично сформулированным психотерапевтическим целям), исходящей из конкретной комбинации имеющихся у пациента психопатологических симптомов.

Другим способом сокращения числа сессий является добавление отдельных методик, повышающих готовность пациентов к освоению СВТр. Так, есть отдельные данные о том, что обучение когнитивной ремедиации сокращает продолжительность необходимой СВТр без потерь её эффективности, то есть за счёт улучшения нейропсихологической деятельности пациента (Drake R.J., Day C.J., Picucci R. [et al.], 2014).

В сокращенном варианте СВТр проводится за 16 или более индивидуальных сеансов (по меньшей мере шесть месяцев) предварительно обученным когнитивно-поведенческим терапевтом (Morrison A.P., 2017). Обучение терапевтов навыкам СВТр повышает эффективность их работы и сокращает расходы на терапию (Jolley S., Onwumere J., Bissoli S. [et al.], 2015). При этом усилия как врачей, так и организаторов здравоохранения нацелены на более качественное обучение, чтобы тем самым увеличить доступность СВТр для пациентов (Lecomte T., Samson C., Naeem F. [et al.], 2018).

M. Owen и коллеги (Owen M., Sellwood W., Kan S. [et al.], 2015) выдвинули доказательства того, что краткая группа СВТр со стационарными пациентами может улучшить доверие к психотерапии и уменьшить дистресс в долгосрочной перспективе; однако, учитывая методологические ограничения, связанные с этим исследованием, для практической реализации данной гипотезы необходимы более веские доказательства.

Симптом-ориентированные формы когнитивно-поведенческой психотерапии
при психозах

Симптом-ориентированные подходы, которые также могут быть центрированы на снижении вторичного дистресса, хорошо зарекомендовали себя и могут использоваться как самостоятельно, так и в более комплексном варианте в структуре СВТр (Lincoln T.M., Peters E., 2018).

Для реализации симптом-ориентированных форм СВТр не требуется участия высококвалифицированного когнитивно-поведенческого психотерапевта.

В общем виде можно выделить следующие симптом-ориентированные формы СВТр:

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия для психозов, основывающаяся на самопомощи с использованием печатных материалов “Cognitive Behavior Therapy for psychosis based Guided Self-help” (СВТр-GSH). Последние представляют собой 17 раздаточных «блоков» и восемь рабочих листов, которые могут быть гибко использованы специалистом в области здравоохранения в течение 12-16 сеансов. Ориентированная на СВТр самопомощь является приемлемой и полезной для участников и может привести к улучшению психологических характеристик и снижению уровня инвалидности. Однако следует отметить, что лица, участвовавшие в исследовании F. Naeem и коллег, имели лишь умеренную степень психопатологии и относительно низкий уровень инвалидности, а поэтому следует проявлять осторожность при интерпретации полученных этими исследователями результатов, не экстраполируя их на пациентов со значительно выраженной психопатологической симптоматикой и с высоким уровнем инвалидности (Naeem F., Johal R., McKenna C. [et al.], 2016);

2. «Совладание с голосами» “Coping With Voices” (CWV) представляет собой 10-сессионную интерактивную веб-программу навыков СВТр. Участники программы «совладания с голосами», в сравнении с группой «обычного ухода», показали значительно больший рост социального функционирования. Результаты применения данной программы позволили обнаружить, что использование методики «совладание с голосами» улучшает комплаентность пациентов в отношении включения их в более широкую программу СВТ и может положительно сказаться на снижении тревоги, связанной с психотической

симптоматикой, а также способствовать улучшению социального функционирования пациентов (Gottlieb J.D., Gidugu V., Maru M. [et al.], 2017).

3. Методика «интервенция для голосов» “Intervention for Voices” (GiVE), сосредоточенная на одиночных психотических симптомах (таких, как слуховые галлюцинации, то есть «голоса»), а не на целостных синдромальных проявлениях психоза – разработана и апробирована Hazell и коллегами (Hazell C.M., Hayward M., Cavanagh K. [et al.], 2018).

4. Тренинг когнитивной адаптации Cognitive Adaptation Training (CAT) - тренинг организации среды пациента, который в качестве технических средств включает карточки, звуковые напоминания, чеклисты (специализированные списки организации дел, установленных при еженедельных посещениях на дому), которые используются для компенсации нарушений когнитивного функционирования и улучшения повседневных функциональных результатов, что на доказательном уровне улучшало социальное функционирование пациентов. Помимо этого, при САТ несколько уменьшалась выраженность слуховых галлюцинаций и обусловленного этим обстоятельством дистресса, причем дополнительное использование СВТр не делало результаты терапии лучшими, чем при использовании САТ без САТр (Velligan D.I., Tai S., Roberts D.L. [et al.], 2014).

5. Интервенции, ориентированные на тревогу при персекуторном бреде “Worry Intervention” (Freeman D., Dunn G., Startup H. [et al.], 2015);

6. Терапия “AVATAR” (Leff J., Williams G., Huckvale M. [et al.], 2014);

7. Когнитивная терапия для императивных галлюцинаций (Birchwood M., Michail M., Meaden A. [et al.], 2014);

8. Индивидуальный тренинг жизнестойкости “Individual Resiliency Training” (Penn D.L., Meyer P.S., Gottlieb J. [et al.], 2014).

9. «Улучшение стратегии преодоления» (Tarrier N., Beckett R., Harwood S. [et al.], 1993);

10. Медико-санитарные вмешательства, проводимые медсестрой (Turkington D., Kingdon D., Turner T., 2002).

В последние 10 лет наблюдается общее развитие терапевтических подходов, которые двигаются в обход изначальной когнитивной теории и расширяются, включая эклектичное сочетание различных теорий и философских влияний. Примерами подходов третьей волны являются терапия осознанностью, терапия принятия и последовательности, мета-когнитивная терапия.

Эти методы называют «третьей волной КПП», хотя они привносят много нового в терапевтический подход:

1. Терапия осознанностью (mindfulness). Осознанность - “безоценочная осведомленность, возникающая в результате сознательного обращения внимания на настоящий момент развертывающегося опыта”, “внимание, которое мы направляем намеренно, осознанно в настоящий момент, безоценочно на существующее положение вещей” (Kabat-Zinn J., 1990). Подходы на основе осознанности используют «тренировку ума» для того, чтобы освободиться от мешающих и автоматических паттернов мышления. Все подходы «майндфулнесс» достаточно своеобразны благодаря своей собственной теоретической ориентации и техникам. Их общность заключается в элементе созерцания, размышления – направления внимания и концентрации при использовании технических приемов на основе восточных практик медитации, но без какого-либо религиозного содержания. При работе с эндогенными психическими расстройствами чаще используется групповой формат работы (Chadwick P, Newman T.K, Abba N., 2005). К плюсам можно отнести нестигматизированность подобных занятий: человеку психологически проще делать что-то похожее на йогу, чем на медицинскую процедуру.

2. Терапия принятия и последовательности (АСТ – acceptance and commitment therapy) учит людей замечать и принимать внутренние события, в отличие от традиционной КПП, когда одной из целей является выявление неадаптивной мысли и изменение ее на более адекватную контексту. Побуждение пациентов к выявлению индивидуальных ценностей и личных значений является важным элементом терапии принятия и последовательности. Одна из наиболее значимых работ о применимости терапии

принятия и последовательности к пациентам, страдающим психозами, принадлежащая перу J. Pankey и S.C. Hayes (2003), базируется на идее помощи людям в использовании ими стратегии совладания с психотическим опытом. Примером такой последовательности может явиться когнитивное дистанцирование (овладение навыком воспринимать свои убеждения как бездоказательные утверждения в противовес фактам), принятие и акт оценивания. В работе J. Pankey и S.C. Hayes показаны результаты рандомизированного контролируемого исследования по использованию терапии принятия и последовательности для предотвращения регоспитализации у психотических пациентов.

3. Мета-когнитивная психотерапия (meta-cognitive therapy). В этой концепции психическое расстройство рассматривается как результат способа мышления и способа контроля человека над своими мыслями (мета-когниций). Мета-когнитивная психотерапия уточняет, что речь идет о вербальном стиле мышления (тревоге и «зацикливании»), фокусировке внимания на угрозе и негативной информации, и мета-когнитивных действиях подавления мыслей и избегания, приводящих к психическому расстройству (Tai S., Turkington D. 2009). Работ, посвященных использованию мета-когнитивной терапии при эндогенных расстройствах, пока немного, но они показывают обнадеживающие результаты (Eichner C., Berna F., 2016).

Суммируя вышеизложенное, можно сказать, что когнитивно-поведенческая психотерапия на современном этапе развития психиатрии динамично развивается, помогая решать сложные задачи помощи лицам, страдающим заболеваниями шизофренического спектра. Данное направление психотерапии может использоваться при преобладании в клинической картине как позитивной, так и негативной симптоматики. Также КПП хорошо структурирована, воспроизводима и наиболее близка медицинской модели психотерапии.

Таким образом, несмотря на имеющиеся разработки в понимании биопсихосоциальной сущности психических расстройств и обусловленной этим обстоятельством необходимости систематизации подходов, связанных с нахождением и использованием в комплексном лечении пациентов с

аутохтонными психическими расстройствами мишеней не только для медикаментозной терапии, но и для определенных психосоциальных (в частности – психотерапевтических) воздействий, в этом важном направлении имеется ещё очень много «лакун», требующих внимательного рассмотрения, исследования и продуктивного развития.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Материалы, дизайн и организация исследования

Данное исследование проводилось в соответствии с протоколом, стандартами GCP, Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации и соответствующими нормативными требованиями. Исследование являлось кросс-секционным с ретроспективным анализом полученных результатов. Проведение диссертационного исследования одобрено на заседании независимого этического комитета при «Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» (№ ЭК-И-106/18, дело № ЭК-1819).

Задачей первого этапа проведенного исследования являлась разработка персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии. Контент последней определялся характером выявляемых в процессе исследования больных с расстройствами шизофренического спектра (параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством) «психотерапевтических мишеней» для последующего адекватного их использования в психотерапевтических интервенциях.

Для этого с целью верификации и анализа клинико-психопатологических (а также клинико-психологических) характеристик обследованных была проведена выборка пациентов с расстройствами шизофренического спектра (102 человека), госпитализированных в отделение биопсихосоциальной реабилитации психически больных НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и в дневные стационары ПНД Выборгского и Невского районов Санкт-Петербурга.

Критерии включения пациентов в исследование были следующими:

– диагноз F 21.3: шизотипическое расстройство (псевдоневротическая или неврозоподобная шизофрения) со следующими психопатологическими проявлениями: обсессивно-фобическими, дисморфофобическими, небредовыми ипохондрическими, конверсионно-диссоциативными);

- диагноз F 20.0: параноидная шизофрения (вне обострения);
- отсутствие острой психотической симптоматики на момент обследования (что, помимо клинической оценки, подтверждалось результатами психометрического измерения с помощью шкалы PANSS (менее 60 баллов) и CGI-S (4 баллов и менее);
- отсутствие суицидального риска;
- возраст пациентов 18-60 лет;
- подписание пациентами информированного согласия.

Критерии невключения были следующими:

- органическое поражение центральной нервной системы;
- задержка психического развития;
- злоупотребление психоактивными веществами (кроме табакокурения);
- наличие грубых когнитивных дисфункций (нарушений внимания и операциональной стороны мышления), препятствующих выполнению методик самоотчета (опросников).

Критерии исключения из исследования были следующими:

- отзыв больным информированного согласия;
- перевод больного в другое лечебное учреждение;
- отказ больного от заполнения психологических методик.

При анализе взаимосвязей внутри группы больных с расстройствами шизофренического спектра (102 человека) на первом этапе исследования для каждого показателя психического дистресса была построена логистическая регрессионная модель, использующая субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов. Все логистические модели были построены и отобраны в единой логике. Первой строились базовая модель без предикторов и полная модель со всеми показателями анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов. С помощью дисперсионного анализа определялось, имеет ли полная модель преимущество в предсказательной силе по сравнению с первоначальной. В случае

положительного исхода (обнаружение статистически значимых различий между моделями) из полной модели пошагово исключались наименее значимые предикторы до тех пор, пока не была найдена наиболее информативная модель для данной шкалы.

Для сопоставления показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) и субшкал Опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R), а также субшкал «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» использовалась линейная регрессионная модель. Первоначально для каждой субшкалы была построена полная модель, включающая в качестве предикторов все 10 показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE). Далее методом пошагового исключения наименее значимых показателей (Stepwise Algorithm) для каждой шкалы была отобрана модель с наибольшим AIC (информационным критерием).

Для снижения размерности данных и поиска скрытой внутренней структуры в выраженности схем был применен факторный анализ: отдельно для опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) и для «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)». Алгоритмом выделения факторов из корреляционной матрицы, выбранный для наших целей, стал метод максимального правдоподобия. Избранный алгоритм вращения осей - наклонное вращение промакс. Соответственно, рассмотрению были подвергнуты матрицы факторной структуры, модели факторов и корреляций между факторами.

Собранный массив данных был сопоставлен с результатами обследования 102 здоровых испытуемых.

В таблице 2 представлены социодемографические показатели данных групп больных.

Таблица 2 – Социодемографические показатели групп больных

		Основная группа	Сравнения группа
Пол	Мужской	59	59
	Женский	43	43
Возраст	Медиана	35.19	35.07
	Стандартное отклонение	12,31	13,24
	Минимальный	18	18
	Максимальный	60	60

В таблице 3 приведены нозологические характеристики основной группы по критериям МКБ-10.

Таблица 3 – Нозологические характеристики основной группы (по критериям МКБ-10)

Диагноз	N	%
Шизофрения параноидная (F 20.0)	64	63
Шизотипическое расстройство (F 21.3)	38	37
Всего	102	100

В таблице 4 отражено распределение пациентов основной группы в зависимости от места госпитализации.

Таблица 4– Распределение пациентов основной группы в зависимости от места госпитализации

Место госпитализации	N	%
НИМЦ ПН им. В. М. Бехтерева	42	41
ПНД	60	59
Всего	102	100

В таблице 5 представлены основные диагностические процедуры, используемые во время первого этапа исследования.

Таблица 5 – Использование диагностических процедур в первой части исследования

Исследование психического диатеза.	
1 Психопатологический вариант психического диатеза.	●
1.1 Эпизодическая форма.	●
1.1.1 Ранние проявления эпизодической формы.	●
1.1.2 Поздние проявления эпизодической формы.	●
1.2 Фазная форма психопатологического диатеза.	●
1.3 Константная форма психопатологического диатеза.	●
2 Психосоматический вариант психического диатеза.	●
2.1 Эпизодическая форма психосоматического диатеза.	●
2.2 Фазная форма психосоматического диатеза.	●
2.3 Константная форма психосоматического диатеза.	●
Психологические особенности преморбидного периода пациентов.	
3.1. Анкета “Неблагоприятный детский опыт” – НДО (ACE).	●
3.2. Опросник “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R).	●
3.3. Методика «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» (LESS II RUS).	●

Задачей второго этапа исследования являлась оценка эффективности разработанной персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии. Для этого было сформировано две подгруппы, одна из которых

(основная) состояла из пациентов, страдающих параноидной шизофренией или шизотипическим расстройством, в лечении которых, помимо психофармакотерапии и таких обычных реабилитационных мероприятий, как психосоциальные интервенции в виде психообразования (5 групповых встреч), использовалась специально разработанная психотерапевтическая программа, а другая (группа сравнения) – из таких же больных, но не включенных в проведение специально разработанной психотерапевтической программы, а получавших лишь психофармакотерапию и психосоциальные интервенции в виде психообразования (5 групповых встреч). Проводимая в условиях отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных и дневных стационаров ПНД Выборгского и Невского районов Санкт-Петербурга медикаментозная терапия подразумевала использование психофармакотерапии, назначаемой с учетом клинического состояния больного, и включала в себя не только антипсихотики (преимущественно второго поколения), но также антидепрессанты и нормотимики.

В основную подгруппу в этой части исследования вошло 45 человек (24 мужчины и 21 женщина), а в подгруппу сравнения - 45 человек (23 мужчины и 22 женщины). Отбор в основную и подгруппу сравнения проводился с помощью генератора случайных чисел.

Пациенты основной подгруппы и подгруппы сравнения были обследованы трехкратно: перед началом терапии, по завершении терапии и через год после выписки из отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева или дневных стационаров психоневрологических диспансеров Выборгского и Невского района Санкт-Петербурга (катамнез). Обследование пациентов проводилось врачами-психиатрами, не участвующими в проводимой с этими пациентами терапии и входящими в её комплекс психотерапевтическими интервенциями.

Ниже приведена таблица 6, отражающая использование тех или иных методов обследования на разных этапах терапии при проведении второй части исследования.

Таблица 6 – Использование диагностических процедур во второй части исследования

Проводимые процедуры	Визит 1	Визит 2 (окончание терапии)	Визит 3 (катамнез через 12 месяцев)
Количество регоспитализаций			•
Коплаентность (1-10)	•	•	•
PANSS	•	•	
CGI-S	•		
CGI-I		•	•
Методика «Индекс жизненного стиля»	•	•	
Копинг-тест Лазаруса	•	•	
Шкала социальной активности			•
GAF		•	•
Оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема)		•	
Оценка уровня мотивации к отказу от курения		•	

Методы

В соответствии с поставленными целями и задачами исследования были выбраны следующие группы методов: ретроспективный анализ анамнестических информационных данных, клинико-психопатологический, психометрический,

клинико-психологический, катамнестический, социометрический, статистический анализ.

2.2 Ретроспективный анализ анамнестических информационных данных

Специальному ретроспективному анализу была подвергнута преморбидная сенситивность индивидуума, то есть его психобиологическая готовность реагировать развитием аутохтонного психического заболевания на некоторые пусковые механизмы, играющие роль стрессоров. Скрытая форма такой сенситивности обозначается в литературе как «уязвимость», субклиническая «материализация» которой проявляется в виде различных проявлений психического диатеза (Циркин С.Ю., 1995, 1998, Коцюбинский А.П., 1999, 2017).

Исходной установкой изучения сенситивности этих пациентов явилось представление о влиянии этих психобиологических особенностей, изначально (преморбидно) присущих индивидуумам и ограничивающих (уменьшающих) «базовый» репертуар их адаптационно-компенсаторных возможностей, на эффективность проводимой с ними, в случае развития психического расстройства, реабилитационной работы в целом и психотерапевтических интервенций – в частности. В проводимом исследовании вопрос о дифференцированном рассмотрении биологических и психологических компонентов сенситивности получил специальное рассмотрение. Для этого ретроспективно был изучен преморбидный период обследованных пациентов, имевшиеся у них в этом периоде ранние стрессовые события, и затем рассмотрен в сопоставлении с выраженностью сформированных у пациентов дезадаптивных схем и особенностей метакогнитивного стиля в отношении эмоционального реагирования на различные жизненные обстоятельства.

Полученные в результате ретроспективного анализа информационные данные о преморбидных и индивидуальных клинико-психологических параметрах пациентов учитывались на втором этапе исследования, то есть при разработке и внедрении в клиническую практику персонализированной

программы когнитивно-поведенческой психотерапии пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

2.3 Клинико-психопатологический метод

В соответствии с диагностическими критериями международной классификации болезней ВОЗ 10-го пересмотра, в рамках клинико-психопатологического метода были проведены: целенаправленная беседа с пациентами, динамическое наблюдение за поведением больных, сбор объективного анамнеза, изучение медицинских сведений. Результатом перечисленных процедур стал дополнительный свод данных о чувствительности индивидуумов и, в частности, о наличии субклинических особенностей имевшегося у них психического диатеза.

2.4 Психометрический метод

Для оценки выраженности симптоматики и динамики состояния использовались методики PANSS и CGI.

Методика PANSS

Шкала оценки позитивных и негативных синдромов (The Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) (Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. 1987) предназначена для количественной и структурной оценки позитивных и негативных психопатологических синдромов. Это 30-позиционный, 7-точечный рейтинговый инструмент, который адаптировал 18 пунктов из Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) и 12 пунктов из Psychopathology Rating Schedule (PRS).

Шкала позволяет вычислить:

– тяжесть позитивных синдромов (пункты P1—P7: галлюцинаторное поведение, бред, концептуальная дезорганизация);

– негативные синдромы (пункты N1-N7: эмоциональный аутизм, снижение коммуникационных способностей, социальную отгороженность, стереотипное мышление, нарушения абстрактного мышления, снижение спонтанности и непрерывности речи);

– общие психопатологические синдромы (пункты G1—G16);

– риск возможной агрессии (3 доп. признака).

Диапазон оценок каждого пункта – от единицы (отсутствие) до семи (крайне выражено). При присвоении рейтингов сначала производится описание признака для определения наличия симптома и только после этого – выраженность признака, с учётом общей картины.

Рейтинг PANSS основывается на информации, относящейся к определенному периоду (обычно последней неделе). Информация получается как из клинического интервью, так и из отчетов сотрудников первичной медико-санитарной помощи (в данном исследовании — сотрудников отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева и сотрудников дневного стационара ПНД Выборгского района г. Санкт-Петербурга) и членов семей больных. Последнее являются важным источником для оценки социальных нарушений, включая контроль импульсивности, враждебности, безразличия и активного социального избегания. Все остальные оценки получают от 30-40-минутного полужформализованного психиатрического интервью, которое включает прямое наблюдение за аффективными, двигательными, когнитивными, перцептивными, аттационными, интегративными и интерактивными функциями.

Методика CGI

Шкала общих клинических впечатлений (Clinical Global Impression Scale – CGI) была разработана в 1976 году в США для использования в клинических исследованиях, спонсируемых Национальным институтом психического здоровья, для предоставления краткой самостоятельной оценки взгляда

клинициста на глобальное функционирование пациента до и после начала исследования лекарственного средства (Guy W., 1976). В связи с её простотой она является одной из наиболее широко используемых шкал в клинических испытаниях в психофармакологии.

Данная шкала предоставляет общую оценку, определенную клиницистом, который учитывает всю имеющуюся информацию, включая знание истории пациента, психосоциальные обстоятельства, симптомы, поведение и влияние симптомов на способность пациента функционировать (Busner J., Targum S.D., 2007).

В проведенном исследовании оценка CGI осуществлялась опытными психиатрами на основании общей клинической картины пациента при каждом посещении: тяжести заболевания, степени тяжести пациента и других аспектах нарушения, влиянии болезни на функционирование. Исследователь при этом руководствовался следующим обстоятельством: CGI оценивается без учета убеждения клинициста в том, что любые клинические изменения происходят или не связаны с медикаментами, а также без учета этиологии симптомов.

Собственно CGI разделяется на два компонента: на шкалу общих клинических впечатлений – CGI-S и шкалу глобальной оценки динамики психического состояния CGI-I.

CGI-S задает клиницисту один вопрос: «Учитывая ваш общий клинический опыт работы с этой конкретной нозологической единицей, какова тяжесть состояния больного на данный момент?», – который оценивается по семибалльной шкале. Этот рейтинг основан на наблюдаемых и зарегистрированных симптомах, поведении и функционировании за последние семь дней. Очевидно, что симптомы и поведение могут колебаться в течение недели; оценка должна отражать средний уровень тяжести.

Оценка CGI (CGI-I). CGI-Improvement (CGI-I) аналогично проста в своем формате: каждый раз, когда пациента видят после начала лечения, клиницист сравнивает общее клиническое состояние пациента с одним недельным периодом непосредственно перед началом использования лекарств (так называемый

базовый визит).

2.5 Клинико-психологический метод

В соответствии с задачами исследования были выбраны методики, позволяющие оценить особенности психологических адаптационно-компенсаторных механизмов (психологической защиты и копинга), психологические особенности преморбидного периода пациентов, а также мотивационные особенности пациентов в отношении табакокурения.

Особенности психологических адаптационно-компенсаторных механизмов

Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI)

Для изучения психологической защиты использовалась методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index – LSI) в русской адаптации института им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. [и др.], 2005). Данный опросник был разработан для оценки защитных механизмов, исходя из представлений, сформированных в психо-эволюционной теории Р. Плутчика, считающего, что использование защит связано со специфическими эмоциональными состояниями, и их соотношение позволяет оценивать уровни вербальной самооценки, представления о собственных переживаниях и поведенческих стратегиях. Авторы выделяют следующие типы психологической защиты: вытеснение, отрицание, регрессия, замещение, компенсация, гиперкомпенсация, проекция, рационализация.

Методика включает в себя набор из 97 утверждений утверждений с возможностью бинарного (положительного или отрицательного) ответа. При анализе полученных с помощью этой методики данных числовое выражение каждой из шкал переводится в процентиля, в результате чего суммарная оценка и отражает степень напряженности той или иной защиты. Также включен общий балл, подытоживающий все положительные ответы, указывающие на общее

защитное функционирование. Оценка по каждой шкале делилась на общее количество предметов для каждой шкалы перед оценкой среднего значения.

Методика «Способы совладающего поведения» (WCQ)

Опросник «Способы совладающего поведения» (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) – широко используемый инструмент для оценки копинг-механизмов в клиническом или не клиническом контексте, был разработан Р. Лазарусом и С. Фолкман в 1984 году (Lazarus R.S., Folkman S., 1984). Данный опросник ориентирован на выявление ведущих совладающих стратегий.

Русскоязычная адаптация сделана Т.Л. Крюковой и Е.В. Куфтяк (Крюкова Т. Л., Куфтяк Е. В., 2007). Стандартизация и ревалидизация методики проводилась в НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. [и др.] 2009). В опросник входит 50 утверждений, которые соотносятся с различными вариантами поведения в сложной ситуации.

Данная методика позволяет оценить следующие показатели:

Конфронтационный копинг – стремление индивидуумом изменить ситуацию посредством применения агрессии, рискованных действий. Включает в себя активное отстаивание своего мнения и желаний в отношениях с окружающими, а также нецеленаправленную, хаотичную деятельность (по типу эмоциональной разрядки);

Дистанцирование – стремление индивидуума отдалиться от ситуации, стремление к обесцениванию её значимости (в том числе с позитивной переоценкой);

Самоконтроль – стремление индивидуума регулировать свои чувства и действия, прикладывание усилий на анализ и нахождение механизмов разрешения текущих сложностей;

Поиск социальной поддержки – попытки нахождения разных вариантов помощи себе;

Принятие ответственности – признание индивидуумом своей роли в проблеме и попытки ее решения через анализ своей роли, попытки заглаживания своей вины. Часто сопровождается переживанием чувства вины;

Бегство-избегание – типичным является как когнитивный компонент, так и поведенческие усилия индивидуума, направленные на избегание/бегство от проблемы. Проявляется в стремлении к улучшению своего самочувствия путем употребления алкоголя, переедания, табакокурения;

Планирование решения проблемы – целенаправленные усилия, индивидуума, направленные на обдумывание вариантов по изменению ситуации;

Положительная переоценка – характеризуется поиском индивидуумом позитивных моментов в сложившейся ситуации, в том числе через фокусирование на развитии и совершенствовании собственной личности (в т.ч. религиозные поиски).

Психологические особенности преморбидного периода пациентов

Методика «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» (LESS II RUS)

Для исследования выраженности эмоциональных схем использовалась «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» (Leahy Emotional Schema Scale – LESS II RUS), адаптированная и апробированная группой московских исследователей (Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М. [и др.], 2016). В основе опросника лежит теоретическая модель эмоциональных схем (Leahy R.L., 2002). Понятие схем Р. Лихи пересекается с когнитивной моделью А. Бека и когнитивными схемами Д. Янга и включает в себя паттерны интерпретации информации и типичные способы реагирования. Эти способы совладания с эмоциями определяют продолжительность, интенсивность эмоциональных ответов и стремление их контролировать. Шкала позволяет выявить метакогнитивный стиль в отношении эмоций и определить адаптивность выбранной стратегии, отталкиваясь от понятий нормализации и патологизации эмоций, описанными Р. Лихи (Leahy R.L., Kaplan D., 2004).

Текст методики состоит из 28 утверждений, которые предлагается оценить по степени убежденности в них (по шкале Ликерта). Опросник включает 14 субшкал в соответствии с определенными группами схем:

- Инвалидация эмоций;
- Недостаточная осмысленность эмоций;
- Чувство вины за собственные эмоции;
- Упрощенное представление об эмоциях;
- Обесценивание эмоций;
- Страх потери контроля при переживании сильных эмоций;
- Эмоциональное оцепенение;
- Склонность к рационализации чувств;
- Прогнозируемая длительность;
- Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других;
- Ингибирование (Подавление) собственных эмоций;
- Склонность к руминациям;
- Низкая эмоциональная экспрессивность;
- Обвинение других.

Таким образом, шкала помогает оценить степень дезадаптивности схем и определить ведущие группы схем.

“Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга”
(YSQ–S3R)

Опросник “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) (Phillips K., Brockman R., Bailey P.E. [et al.], 2017) под редакцией П. М. Касьяника и Е.В. Романовой (Касьяник П.М., Романова Е.В., 2016) позволяет определить степень сформированности ранних дезадаптивных схем (РДС) у человека.

«Схемы» определяются как когнитивные структуры, которые организуют и обрабатывают поступающую информацию и представляют собой организованные образцы мышления, приобретающиеся на ранней стадии развития личности и развивающиеся на протяжении всей жизни, по мере накопления опыта. Таким образом «адаптивные» схемы позволяют индивиду реалистично оценивать жизненные события, а их деформация приводит к искаженному восприятию, ошибочным решениям проблем и, как следствие, психологическим расстройствам (Beck A.T., 1976).

Краткая форма YSQ измеряет 18 схем, используя 90 оцененных самоописательных утверждений. Последняя редакция данного опросника, вышедшая в 2015 году, описывает 18 РДС, пятнадцать из которых включены в четыре кластера («Нарушение связи и отвержение», «Нарушение автономии и эффективности», «Нарушение границ», «Чрезмерная ответственность и жёсткие стандарты»), а также три схемы, по результатам факторного анализа, не отнесённые к какому-либо кластеру (Касьяник П. М., Романова Е. В., 2016).

Факторный анализ подтвердил структуру группирования схем YSQ как на клинической, так и в неклинической популяции. Показано, что YSQ-S3 имеет хорошую внутреннюю согласованность, поддерживаемую факторную структуру и твердотельную конструкцию, а результаты неопубликованного исследования показывают, что YSQ-S3 имеет валидированную структуру факторов и хорошую внутреннюю консистенцию при использовании у взрослых (Phillips K., Brockman R., Bailey P.E. [et al.], 2017).

Девяносто утверждений опросника позволяют полноценно оценить выраженность каждой из 18 ранних дезадаптивных схем и преобладание той или иной группы схем. При интерпретации, проводимой в рамках исследования, основное внимание уделяется шкалам, набравшее наибольшее число баллов (5 или 6), либо выстраивается «профиль» средних значений — для проведения индивидуальной интерпретации результатов. По каждой шкале возможно набрать 5-30 баллов. Таким образом, в результате обработки, мы получаем шкалу

суммарного балла схемы, шкалу среднего значения выраженности схемы, шкалу суммирования высоких баллов (5 и 6) и шкалу выраженности высоких баллов.

Русская адаптация теста была подготовлена П.М. Касьяник и Е.В. Романовой (2016). Приведём краткое описание конкретных схем.

Эмоциональная депривированность — переживание чувства одиночества, отстранённости, дефектности, образ «брошенного ребёнка». Сложна для диагностирования, так как часто неосознанно скрывается пациентом. Типичные эмоции: горечь, печаль, раскаяние, одиночество. Подвиды: лишение заботы, сочувствия, защиты. В поведении — склонность к предпочтению слушания разговорам, сложность в выражении своих желаний (особенно в сфере чувств и эмоционального комфорта), стремление не нуждаться в поддержке, видимая решительность, сближение с людьми, заведомо не могущими дать пациенту эмоциональную поддержку, хроническая разочарованность в людях, отрицание значимости собственных потребностей.

Покинутость/Нестабильность — часто является реакцией на непредсказуемость или нестабильность/ненадежность близких людей, окружавших человека в детстве, его опекунов. Их эпизодическое либо непостоянное присутствие, в т.ч. выбирая кого-то «лучшего», чем он, либо их эмоциональная нестабильность (проявление вспышек гнева и проч.). У взрослого — ожидание того, что значимые другие со временем/в итоге покинут его. Окружающие воспринимаются, в плане поддержки и поддержания отношений, как ненадежные и непредсказуемые. На эмоциональном уровне: чувства тревоги, горя и гнева.

Недоверие/Ожидание жестокого обращения — ожидание намеренно плохого обращения (насилия, унижений, использования в своих интересах), обмана, злоупотребления доверием, манипулирования. Человек верит, что, в конце концов, его непременно обманут, что создаёт постоянное переживание напряжения.

Социальная отчужденность — ожидание того, что другие не (или не адекватно) удовлетворят первичные эмоциональные потребности человека, что порождает чувства изоляции и одиночества. Имеет три основные формы депривации: заботы, эмпатии и защиты.

Дефективность/Стыдливость – вера в собственную плохость, ущербность, несовершенство. Тревога за прекращение/разрыв отношений с значимыми, в случае раскрытия этих черт. Проявляется в повышенной чувствительностью к критике и обвинениям, склонностям к самокопанию и приписыванию себе различных недостатков. На эмоциональном уровне: чувство собственной никчемности, стыд.

Неуспешность – вера человека в собственной социальной неуместности и физической непривлекательности. Ожидание неудачности во всех своих начинаниях. Человек склонен считать себя скучным, надоедливым, безобразным, скверным и бесталанным.

Зависимость/Беспомощность – чувства неприспособленности и неспособности жить и функционировать в этом мире самостоятельно, убежденность в собственной неспособности справиться с повседневными обязанностями, без значительной помощи со стороны окружающих. Типичны переживание тревоги и напряжения.

Уязвимость – типичны переживание страха о неминуемом, неизбежном несчастье/катастрофе, угрожающей человеку и его значимым, которую и он не в силах предотвратить. Страх одной или нескольких категорий «катастроф»: медицинские (страх эпидемии, страх заразиться СПИДом), эмоциональные (страх сойти с ума), внешние (аварии, нападения, террористические атаки, экологические и техногенные катастрофы).

Запутанность/Неразвитая идентичность – часто последствие затруднения в формировании собственной идентичности из-за излишней эмоциональной вовлеченности в отношения и чрезвычайной близости с одним или несколькими значимыми другими, препятствующая индивидуализации личности и ее нормальной социальной адаптации. Проявляющаяся склонность к слиянию с другими, убежденность в собственной неспособности жить/быть счастливым без сторонней помощи. Может проявляться как сомнение в собственном существовании.

Покорность – подчинение контролю окружающих, ради избегания нежелательных последствий, передача права контролировать себя другим, игнорирование собственных потребностей. Основные формы: подчинение потребностей, подчинение эмоций. Человек считает, что его мнение, желания, чувства не важны для окружающих. Зачастую приводит к накоплению гнева в форме пассивно-агрессивного поведения, неконтролируемых вспышек гнева, истерик, психосоматические симптомы, злоупотребление психоактивными веществами и прочее.

Самопожертвование – во многом перекликается с концепцией созависимости: сосредоточение на добровольном удовлетворении потребностей окружающих, которые оцениваются слабее человека. Подобные действия заставляют человека испытывать чувство вины за свой «эгоизм», что приводит к приоритизации потребностей других людей. Часто приводит к дефициту удовлетворения собственных потребностей, переживанию досады и раздражения на людей, о которых человек заботится. Часто является следствием повышенной чувствительности человека к боли других людей.

Подавленность эмоций – выражается в склонности к чрезмерному сдерживанию, подавлению собственных эмоций и импульсов, из-за убежденности в том, что любое проявление эмоций может ранить его близких или причинить им ущерб. Человек боится, что проявление эмоций повлечет за собой неловкость и стыд, наказание/возмездие и, в результате, окружающие покинут его.

Жёсткие стандарты/Придирчивость – обычно выражается в перфекционизме, чрезмерном внимании к деталям/недооценке собственных достижений, жестких стандартах, недостижимо высоких моральных нормах, этических, культурных или религиозных предписаниях. Стремление к обретению максимальной эффективности выполнения задач, необходимость сделать и успеть больше и лучше.

Привилегированность/Грандиозность — вера в собственное превосходство, обладание особенными привилегиями, настаивание на праве делать все что ему угодно, вне зависимости от реалистичности своих планов и мнения окружающих,

стремление к превосходству над другими людьми. Ключевая тема – власть и контроль над ситуациями и людьми. Излишняя соревновательность, стремление к доминированию, утверждению собственной власти.

Недостаточность самоконтроля – низкая фрустрационная толерантность, неспособность переносить дискомфорт и неудовлетворенность (боль, напряжение, конфликты). Человек не чувствует в себе сил оказывать сопротивление дискомфорту ради достижения целей. Сниженная способность к контролю и ограничению излишнего проявления своих эмоций и импульсов.

Поиск одобрения – стремление к поиску признания, внимания, поддержки, часто посредством подстраивания под ситуацию и окружение собственной индивидуальности. Зачастую проявляется в принятии значимых жизненных решений, не соответствующих аутентичным потребностям данной личности и не удовлетворяющие её, в гиперчувствительности к отвержению.

Негативизм/Пессимизм – характерны концентрация на негативных аспектах жизни и игнорирование, преуменьшение её позитивных аспектов, стремления к катастрофизации негативных исходов и обесцениванию достижений. Часто проявляется хронической тревожностью, бдительностью, стремлением постоянно быть «на чеку», находиться в состоянии «боевой готовности».

Пунитивность – ассоциируется с проявлением нетерпимости к людям, не соответствующим стандартам и ожиданиям человека, идея о том, что люди должны быть непременно и сурово наказаны за свои ошибки. Агрессивность, нетерпеливость, трудности с тем, чтобы прощать ошибки (как свои, так и чужие).

Методика Анкета “Неблагоприятный детский опыт” – НДО (АСЕ)

Анкета “Неблагоприятный детский опыт” – НДО (Adverse Childhood Experience – ACE), созданная V.J. Felitti (Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D. [et al.], 1998). Протокол исследования ACE был одобрен Институциональными обзорными советами Постоянной медицинской группы Южной Калифорнии (Kaiser Permanente), Медицинской школой Университета Эмори и Управлением

по защите научных исследований, Национальными институтами здравоохранения (Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D. [et al.], 1998).

Данная анкета позволяет получить данные об опыте:

Насилия:

1. Эмоционального
2. Физического
3. Сексуального
4. Эмоционального отвержения (пренебрежения)
5. Физического пренебрежения

Домашних проблемах:

6. Родительское разлучение / развод
7. Свидетельство жестокого обращения над матерью
8. Зависимости (алкогольная, наркотическая) у среди совместно проживающих
9. Психическое заболевание среди совместно проживающих
10. Член семьи, находящийся в заключении.

Мотивационные особенности пациентов в отношении табакокурения

С целью изучения экзогенно-интоксикационных (табакокурение) особенностей лиц, страдающих расстройствам шизофренического спектра (как особого параметра, необходимого для учета при разработке структуры психотерапевтических интервенций), в отделении биопсихосоциальной реабилитации НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева было проведено (на этапе выписки из отделения) однократное обследование страдающих табакокурением больных шизофренией и шизотипическим расстройством. Обследование включало полуструктурированное интервью. В последнем фиксировались следующие пункты:

1. Стаж курения.
2. Механизм введения никотина.

3. Количество выкуриваемых сигарет в день.
4. Количество попыток бросить курить.
5. Длительность (в месяцах) наиболее успешной попытки бросить курить.
6. Удовольствие от процесса.
7. Что дает курение (записать ответы).
8. Влияние эмоционального состояния на количество выкуренных сигарет.

Обследование включало также анализ следующих параметров:

- расчет индекса пачка/лет;
- оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема);
- уровень мотивации к отказу от курения.

Индекс пачка/лет

Индекс пачка/лет – показатель, используемый для определения частоты курения табака. Индекс рассчитывается по следующей формуле:

<p>Индекс пачка\лет =</p> $\frac{\text{число сигарет, выкуриваемых в сутки} \times \text{стаж курения (в годах)}}{20}$
--

Данный показатель позволяет оценить степень риска снижения легочной функции и развития заболевания хронической обструктивной болезнью лёгких — ХОБЛ (Liu Y., Pleasants R.A., Croft J.V. [et al.], 2015). Если индекс пачка-лет ≥ 10 , ухудшение функции легких у людей с ранней стадией ХОБЛ и астмой происходит быстрее, даже в случае прекращения курения (Tommola M, Ilmarinen P., Tuomisto L.E. [et al.], 2016).

Оценка степени никотиновой зависимости

Тест Фагерстрема (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, FTND) — методика предложена клиническим психологом К. Фагерстремом (Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C. [et al.], 1991). Данная методика является

усовершенствованной версией шкалы самоотчета Fagerstrom Tolerance Questionnaire (FTQ), разработанной К. Фагерстромом в 1978 году для скрининга никотиновой зависимости (Fagerström K.O., 1978). FTQ подверглась критике из-за многофакторной структуры, низкого уровня надежности и небольшого количества пунктов (Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C. [et al.], 1989; Lombardo T.W., Hughes J.R., Fross J.D., 1988). В связи с этим К. Фагерстром с группой исследователей пересмотрели шкалу и установили ее валидность для оценки уровня зависимости от никотина.

Шкала позволяет оценить степень никотиновой зависимости.

Тест содержит 6 вопросов, отвечая на которые можно набрать от 0 до 3 баллов. Максимальное суммарное количество баллов за тест – 10.

Шкала Фагерстрема предполагает 5 степеней никотиновой зависимости:

- 1) очень слабая: при суммарном балле 0-2;
- 2) слабая: при суммарном балле 3-4;
- 3) средняя степень: при суммарном балле 5;
- 4) высокая: при суммарном балле 6-7;
- 5) очень высокая, или тяжелая: при суммарном балле 8-10.

Уровень мотивации к отказу от курения

Методика «Уровень мотивации к отказу от курения» содержит 2 вопроса:

- 1) бросили бы Вы курить, если бы это было легко?
- 2) как сильно вы хотите бросить курить?

Пункты предполагают четыре варианты ответа на каждый из них, максимальное суммарное количество баллов — 8. Тест позволяет провести скрининговое исследование степени мотивации к отказу от табака. Выделяют три уровня мотивации:

- 1) низкая: при суммарном балле 0-3;
- 2) средняя: при суммарном балле 4-6;
- 3) высокая: при суммарном балле 7-8.

2.6 Социометрический метод

В данном исследовании метод использовался для уточнения характера социальной адаптации при помощи «Шкалы оценки функционирования больных в разных социальных сферах» и «Шкалы глобального функционирования (GAF)».

«Шкалы оценки функционирования больных в разных социальных сферах»

«Шкала оценки функционирования больных в разных социальных сферах», была разработана, валидизирована и описана А.П. Коцюбинским и соавторами в коллективной монографии «Функциональный диагноз в психиатрии» (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бурковский Г.В. [и др.], 2013).

Шкала была апробирована на обширной выборке пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами. При наблюдении пациентов в катамнезе было установлено, что показатели их адаптации в различных сферах остаются довольно устойчивыми. Для данной категории больных характерна «константность западений» социальной адаптации, преимущественно в сфере семейного функционирования, предполагающей умение гибко реагировать при взаимодействии с другими людьми. Данные наблюдения дают необходимые основания для построения «кривой» социального функционирования пациентов с шизофренией при мало- и умереннопрогредиентным течением заболевания.

Шкала позволяет оценить степень адаптации (от 0 до 4 баллов) в 7 различных сферах:

- 1) профессиональная
- 2) межличностные отношения
- 3) супружеские отношения
- 4) воспитание детей
- 5) родительская семья
- 6) организация быта повседневной жизни
- 7) сексуальные отношения.

Шкала глобального функционирования GAF

Шкала глобального функционирования GAF (Global Assessment of Functioning Scale) – это интегративная числовая клиническая оценочная шкала, используемая врачами и психологами в области психического здоровья, предназначенная для общей оценки социального функционирования по шкале от 0 (отсутствие активности) до 100 баллов (чрезвычайно высокая работоспособность).

Три сферы, рассмотренные GAF:

Психологическая – навязчивые идеи, панические атаки и т. д.

Социальная и межличностная – поддержание дружеских отношений, личной гигиены и т. д.

Профессиональная – трудовая деятельность, способность следовать указаниям и т. д.

Методы статистической обработки

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием программы RStudio, версия 0.99.489 для операционной системы MacOS, а также SPSS 24. Для анализа и визуализации данных помимо базового использовались следующие пакеты: psych, ggplot2, dplyr, data.table, ez, reshape2.

Для статистической обработки данных применялись: первичные описательные статистики (меры центральной тенденции, меры изменчивости), параметрические и непараметрические методы сравнения двух и более выборок.

При сравнении выборок (как на первом, так и на втором этапе исследования) в случае нормальности распределения использовались методы параметрической статистики, а в случае, если тест на нормальность распределения показывал статистически значимые результаты, то использовались методы непараметрической статистики.

При анализе взаимосвязей внутри группы больных расстройствами шизофренического спектра (102 человека) на первом этапе исследования (при предсказании значений психического диатеза), для каждого его показателя была построена логистическая регрессионная модель, использующая субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов. Все логистические модели были построены и отобраны в единой логике. Первой строились базовая модель без предикторов и полная модель со всеми показателями анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов. С помощью дисперсионного анализа определялось, имеет ли полная модель преимущество в предсказательной силе по сравнению с первоначальной. В случае положительного исхода (обнаружение статистически значимых различий между моделями) из полной модели пошагово исключались наименее значимые предикторы до тех пор, пока не была найдена наиболее информативная модель для данной шкалы.

Для сопоставления показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) и субшкал Опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R), а также субшкал «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» использовалась линейная регрессионная модель. Первоначально для каждой субшкалы была построена полная модель, включающая в качестве предикторов все 10 показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ). Далее методом пошагового исключения наименее значимых показателей (Stepwise Algorithm) для каждой шкалы была отобрана модель с наибольшим AIC (информационным критерием).

Для снижения размерности данных и поиска скрытой внутренней структуры в выраженности схем был применен факторный анализ: отдельно для опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) и для «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)». Алгоритмом выделения факторов из корреляционной матрицы, выбранный для наших целей, стал метод максимального правдоподобия. Избранный алгоритм вращения осей – наклонное вращение промакс. Соответственно, рассмотрению

были подвергнуты матрицы факторной структуры, модели факторов и корреляций между факторами.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВОГО ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно гипотезе, сформулированной L.J. Siever и K.L. Davis (2004), у лиц с шизотипическим расстройством и у больных шизофренией имеется общая генетическая аномалия, которая выражается особой предрасположенностью к развитию нарушений функции височной области мозга под влиянием самых различных воздействий окружающей среды. Предпринятая нами попытка дифференцированного рассмотрения этих состояний (с точки зрения особенностей некоторых характеристик преморбидного периода: в частности — связи с показателями опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R) не привела к получению статистически значимых различий. Это обстоятельство обусловило рассмотрение больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, как единой исследовательской группы.

В ходе данного исследования на первом этапе были изучены субклинические проявления психического диатеза у этих групп пациентов. В сравнительном плане проанализированы также особенности имеющегося негативного детского опыта, ранних дезадаптивных схем по Джеффри Янгу и эмоциональных схем по Р. Лихи, для чего проводилось сопоставление дезадаптивных и эмоциональных схем у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, с таковыми у здоровых лиц.

3.1 Психический диатез у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц

Изучение психического диатеза проводилось на примере основной группы пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра (102 человека) и группы сравнения (здоровых лиц), представленной 102 обследованными.

При этом в рамках психопатологического и психосоматического диатезов рассматривались эпизодическая (ранняя и поздняя), фазная и константная форма.

Интегральные характеристики психического диатеза в данном исследовании были преобразованы и рассматривались как шкалы, имеющие числовое выражение. Согласно результатам теста Шапиро-Уилкса, распределение всех шкал статистически значимо отличается от нормального, поэтому для сравнения групп был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни. В целом полученные данные позволили обнаружить различающиеся характеристики у пациентов основной группы (больные с расстройствами шизофренического спектра) и группы сравнения (здоровые лица) по следующим формам психического диатеза:

1. «Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза» ($W = 8825$, $p < 0.001$), при более высоких показателях у основной группы ($M = 1.90$, $Sd = 0.92$) при сопоставлении с группой сравнения ($M = 0.58$, $Sd = 0.74$);

2. «Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза» ($W = 7806.5$, $p < 0.001$), при более высоких показателях у основной группы ($M = 1.17$, $Sd = 0.92$) при сопоставлении с группой сравнения ($M = 0.36$, $Sd = 0.63$);

3. «Эпизодическая форма психосоматического диатеза» ($W = 7352.5$, $p < 0.001$), при более высоких показателях у основной группы ($M = 2.04$, $Sd = 1.08$) при сопоставлении с группой сравнения ($M = 1.20$, $Sd = 1.11$);

4. «Фазная форма психопатологического диатеза» ($W = 4692$, $p\text{-value} = 0.06118$), при более высоких показателях у основной группы ($M = 0.22$, $Sd = 0.41$) при сопоставлении с группой сравнения ($M = 0.12$, $Sd = 0.32$).

5. «Фазная форма психосоматического диатеза» ($W = 7040$, $p < 0.001$), при более высоких показателях у основной группы ($M = 0.71$, $Sd = 0.68$) при сопоставлении с группой сравнения ($M = 0.27$, $Sd = 0.55$);

6. «Константная форма психопатологического диатеза» ($W = 7838.5$, $p < 0.001$), при более высоких показателях у основной группы ($M = 1.42$, $Sd = 0.91$) при сопоставлении с группой сравнения ($M = 0.60$, $Sd = 0.87$).

Различий между группами по таким формам, как «константная форма психосоматического диатеза» выявлено не было.

График сравнения групп по интегральным шкалам представлен на рисунке 1.

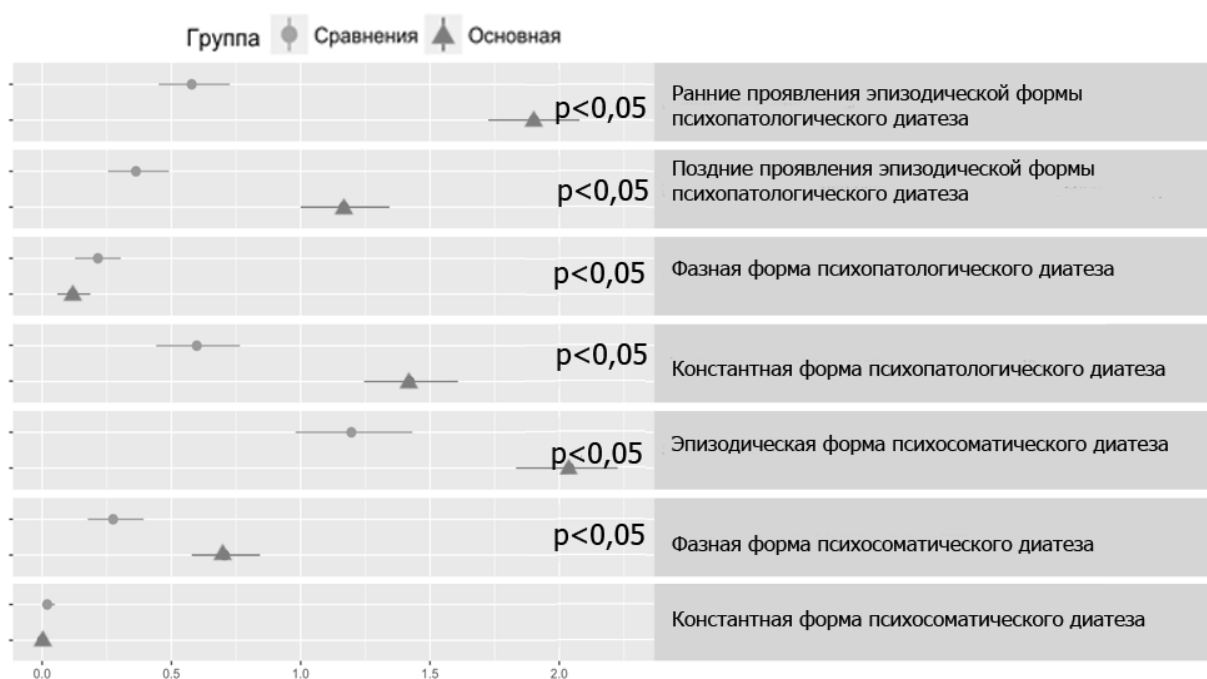


Рисунок 1 – Сравнение показателей психического диатеза у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц

3.2 Психологические характеристики преморбидного периода обследованных больных (негативный детский опыт, ранние дезадаптивные схемы, эмоциональные схемы)

Эта часть исследования была проведена на примере 2 групп: основной, состоявшей из 102 человек, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и группы сравнения, включавшей 102 здоровых лица.

3.2.1 Негативный детский опыт у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и у здоровых лиц

С этой целью был проведен сравнительный анализ субшкал анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ), представляющей собой номинантные переменные (субшкалы) исследуемого параметра. При этом для сравнения исследуемых групп был использован критерий Хи-квадрат Пирсона.

В результате сравнения были обнаружены статистически значимые различия по субшкале «Психическое заболевание среди совместно проживающих» ($\chi^2 = 3.9131$, $p\text{-value} = 0.0479$), а также различия (на уровне тенденции) по субшкале «Контакты с зависимыми» ($\chi^2 = 2.8569$, $p\text{-value} = 0.09098$).

Сравниваемые группы сопоставлялись также по суммарному показателю анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ). Тест на нормальность распределения Шапиро-Уилкса показал статистически значимые результаты ($W = 0.875$, $p < 0.001$), поэтому для сравнения двух групп был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни. В соответствии с полученными результатами можно сделать вывод о том, что основная группа и группа сравнения статистически значимо различны по суммарной шкале анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) ($W = 3945$, $p = 0.0024$). При этом основная группа в среднем получила более высокие показатели ($M = 2.40$, $Sd = 1.92$), чем группа сравнения ($M = 1.72$, $Sd = 1.84$). Значения переменных представлены на рисунке 2.

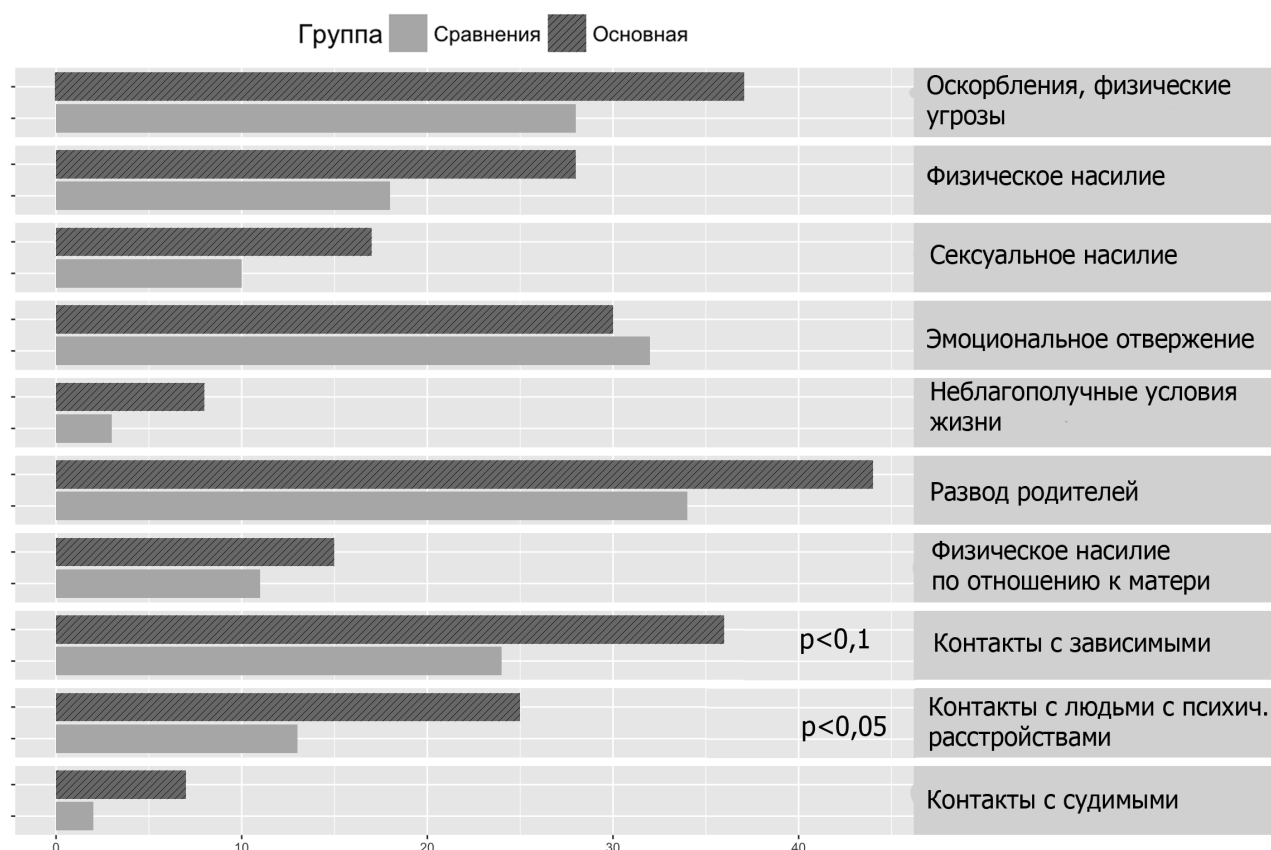


Рисунок 2 – Сравнение показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц

3.2.2 Ранние дезадаптивные схемы у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц

Согласно результатам теста Шапиро-Уилкса, распределение всех субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) статистически значимо отличается от нормального, поэтому для сравнения групп был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Основная группа и группа сравнения показали статистически значимые различия по следующим субшкалам

1. «Покинутость/Нестабильность» ($W = 3997$, $p\text{-value} = 0.00421$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.30$, $Sd = 0.21$), чем у основной группы ($M = 0.39$, $Sd = 0.22$);

2. «Социальная отчужденность» ($W = 2956.5$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.24$, $Sd = 0.18$), чем у основной группы ($M = 0.41$, $Sd = 0.23$);

3. «Дефективность/Стыдливость» ($W = 3037$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.17$, $Sd = 0.21$), чем у основной группы ($M = 0.31$, $Sd = 0.22$);

4. «Неуспешность» ($W = 3123$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.25$, $Sd = 0.23$), чем у основной группы ($M = 0.41$, $Sd = 0.25$);

5. «Зависимость/Беспомощность» ($W = 2491.5$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.18$, $Sd = 0.16$), чем у основной группы ($M = 0.36$, $Sd = 0.21$);

6. «Уязвимость» ($W = 3658$, $p\text{-value} = 0.0002422$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.24$, $Sd = 0.17$), чем у основной группы ($M = 0.34$, $Sd = 0.21$);

7. «Запутанность/Неразвитая идентичность» ($W = 2900.5$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.20$, $Sd = 0.16$), чем у основной группы ($M = 0.34$, $Sd = 0.20$);

8. «Покорность» ($W = 2932$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.25$, $Sd = 0.16$), чем у основной группы ($M = 0.42$, $Sd = 0.22$);

9. «Подавленность эмоций» ($W = 3361.5$, $p < 0.001$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.30$, $Sd = 0.22$), чем у основной группы ($M = 0.44$, $Sd = 0.23$);

10. «Недостаточность самоконтроля» ($W = 4008.5$, $p\text{-value} = 0.004565$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.34$, $Sd = 0.19$), чем у основной группы ($M = 0.42$, $Sd = 0.22$).

График сравнения групп по каждой шкале представлен на рисунке 3.

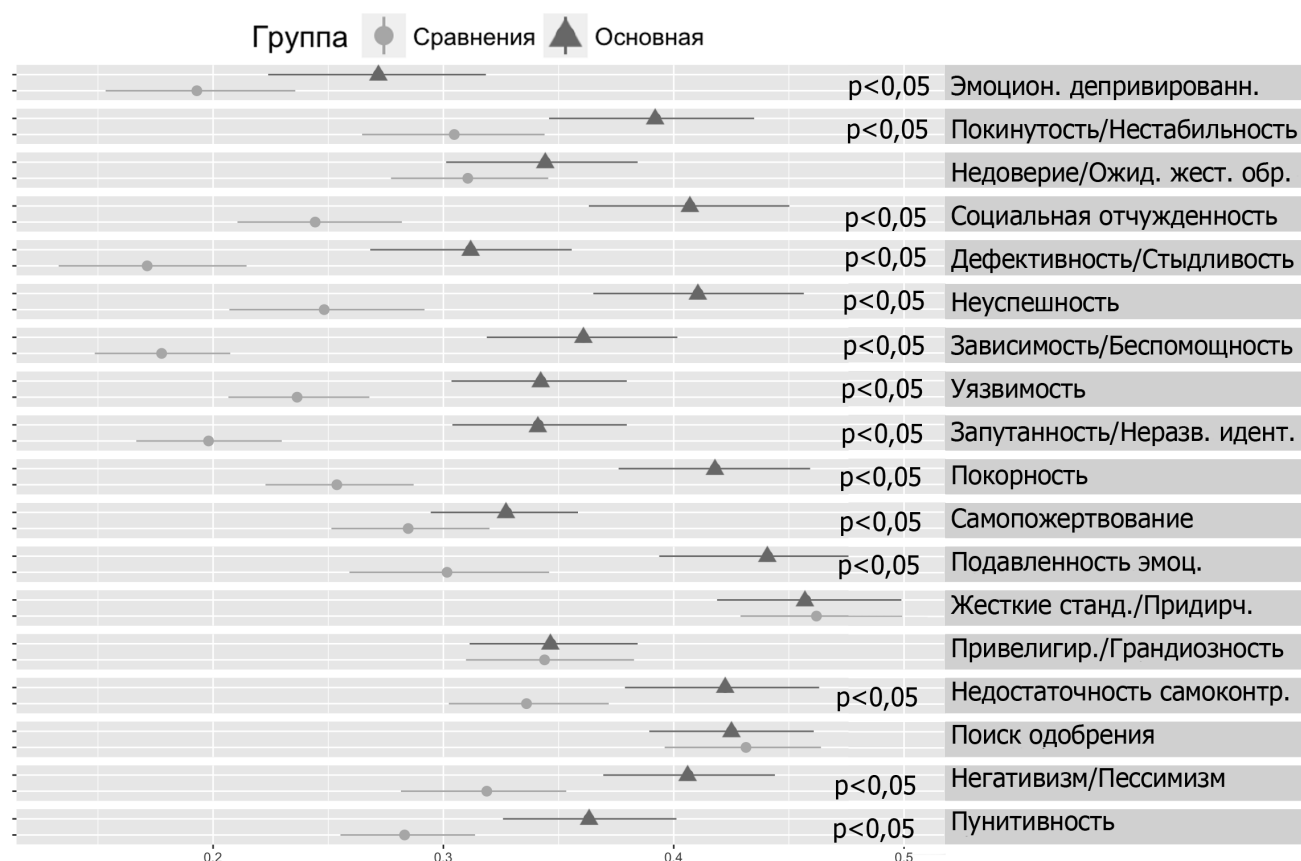


Рисунок 3 – Сравнение показателей опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R) у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц

1. «Эмоциональная депривированность» ($W = 4241$, $p\text{-value} = 0.02196$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.19$, $Sd = 0.21$), чем у основной группы ($M = 0.27$, $Sd = 0.24$);

2. «Самопожертвование» ($W = 4120.5$, $p\text{-value} = 0.01003$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.28$, $Sd = 0.18$), чем у основной группы ($M = 0.33$, $Sd = 0.16$);

3. «Негативизм/Пессимизм» ($W = 3901$, $p\text{-value} = 0.001993$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.32$, $Sd = 0.19$), чем у основной группы ($M = 0.41$, $Sd = 0.21$);

4. «Пунитивность» ($W = 3955.5$, $p\text{-value} = 0.003024$) с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 0.28$, $Sd = 0.16$), чем у основной группы ($M = 0.36$, $Sd = 0.19$).

3.2.3 Эмоциональные схемы у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц

Согласно результатам теста Шапиро-Уилкса, распределение всех субшкал Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS) статистически значимо отличается от нормального, поэтому для сравнения групп был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни. В ходе анализа данных, полученных с помощью «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р.Лихи (LESS II RUS)», статистически значимыми оказались различия между основной группой и группой сравнения по следующим субшкалам.

1. «Ингибирование собственных эмоций» ($W = 3941$, $p\text{-value} = 0.002488$), с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 2.73$, $Sd = 0.96$) относительно основной группы ($M = 3.23$, $Sd = 1.15$);

2. «Чувство вины за собственные эмоции» ($W = 4266$, $p\text{-value} = 0.02503$), с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 2.33$, $Sd = 1.00$) относительно основной группы ($M = 2.69$, $Sd = 1.18$);

3. «Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других» ($W = 4287$, $p\text{-value} = 0.02828$), с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 2.70$, $Sd = 0.98$) относительно основной группы ($M = 3.01$, $Sd = 1.12$);

4. «Низкая эмоциональная экспрессивность» ($W = 4302.5$, $p\text{-value} = 0.03081$) с меньшей выраженностью в группе сравнения ($M = 2.90$, $Sd = 0.87$) относительно основной группы ($M = 3.21$, $Sd = 1.10$);

5. «Обвинение других» ($W = 4306.5$, $p\text{-value} = 0.03268$), с меньшими показателями в группе сравнения ($M = 3.14$, $Sd = 1.11$) относительно основной группы ($M = 3.54$, $Sd = 1.48$).

Кроме того, была выявлена связь на уровне тенденции по субшкале «Склонность к руминациям» ($W = 4394$, $p\text{-value} = 0.05364$) и её большая выраженность в основной группе ($M = 3.21$, $Sd = 1.50$) при сопоставлении с группой сравнения ($M = 3.60$, $Sd = 1.41$).

График сравнения групп по каждой субшкале представлен на рисунке 4.

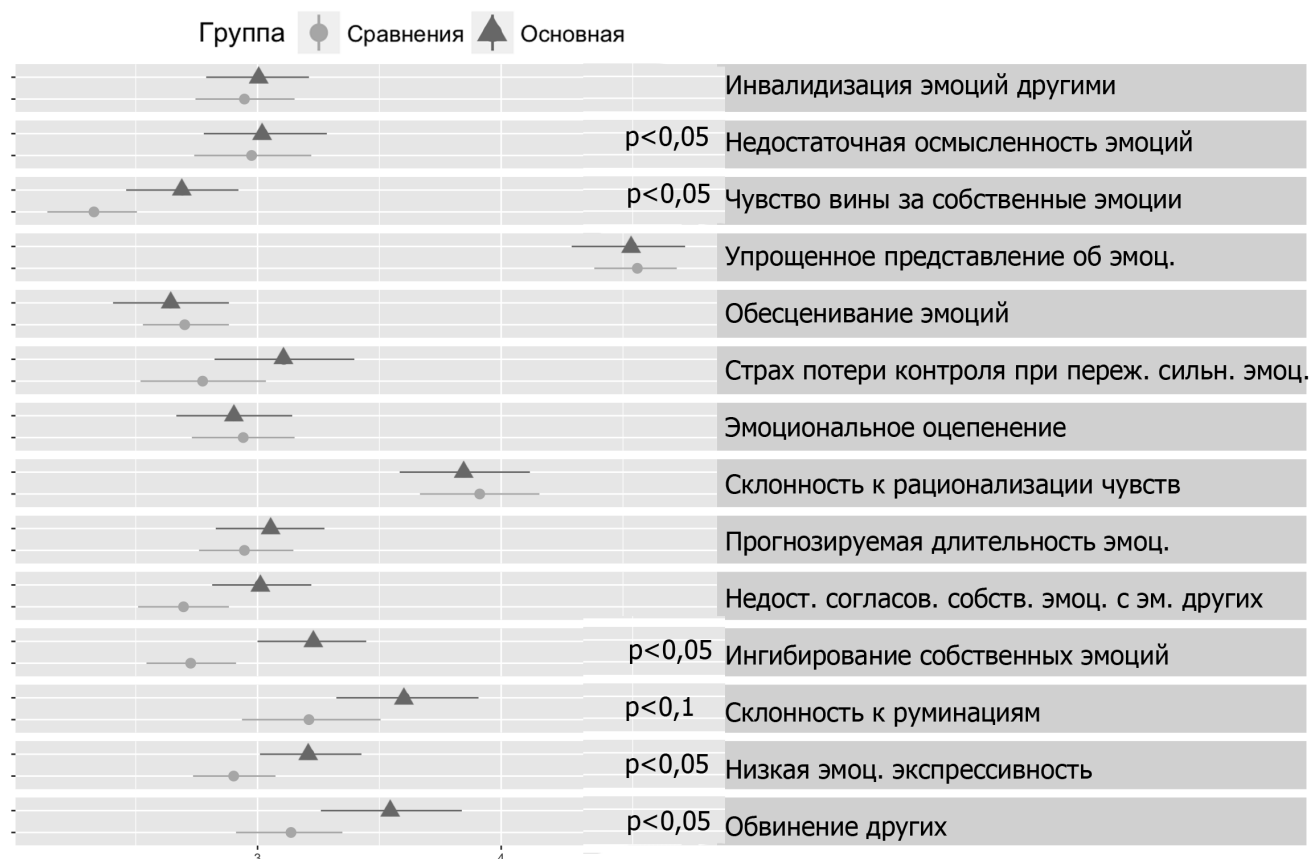


Рисунок 4. Сравнение эмоциональных схем у больных с расстройствами психотического спектра и у здоровых лиц

3.2.4 Сопоставление показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) и субшкал опросников «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ-S3R)» и «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Здесь и далее для сопоставления показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) и субшкал Опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R), а также субшкал «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» использовалась линейная регрессионная модель. Первоначально для каждой субшкалы была построена полная модель, включающая в качестве предикторов все 10 показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE). Далее

методом пошагового исключения наименее значимых показателей (Stepwise Algorithm) для каждой шкалы была отобрана модель с наибольшим AIC (информационным критерием).

3.3 Взаимосвязь различных характеристик преморбидного периода (психический диатез, неблагоприятный детский опыт, ранние дезадаптивные схемы и эмоциональные схемы)

Эта часть исследования была проведена на примере основной группы пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра (102 человека).

3.3.1 Сопоставление проявлений психопатологического диатеза и показателей негативного детского опыта

Показатели анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) представлены в виде десяти бинарных субшкал. Показатели психического диатеза также представлены в виде бинарных субшкал. Основываясь на характеристиках шкал для предсказания значений психического диатеза, для каждого его показателя была построена логистическая регрессионная модель, использующая субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов. Все логистические модели были построены и отобраны в единой логике. Первой строились базовая модель без предикторов и полная модель со всеми показателями анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов. С помощью дисперсионного анализа определялось, имеет ли полная модель преимущество в предсказательной силе по сравнению с первоначальной. В случае положительного исхода (обнаружение статистически значимых различий между моделями) из полной модели пошагово исключались наименее значимые предикторы до тех пор, пока не была найдена наиболее информативная модель для данной шкалы.

Предиктором “Константной формы психопатологического диатеза” явились субшкала “Физическое насилие” (1.724, $p=0.003$), и отрицательные показатели субшкалы “Свидетельство жестокого обращения над матерью” (-2.508, $p=0.005$).

Данные представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра “константная форма психопатологического диатеза”

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	-0.5391	0.2514	-2.144	0.032 *
Физическое насилие	1.7242	0.5623	3.066	0.0022 **
Свидетельство жестокого обращения над матерью	-2.5081	0.8884	-2.823	0.0048 **
$\chi^2 =$	17.441			
$p =$	0.0002			
Псевдо R-квадрат =	0.1262			
$n =$	102			

По оставшимся интегральным шкалам психического диатеза не удалось подобрать статистически значимой модели, описывающей результаты статистически значимо лучше базовой модели без предикторов.

3.3.2 Сопоставление проявлений психического диатеза и показателей опросников «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R)

Проанализировав распределение суммы показателей опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R), а также суммарных

характеристик психического диатеза, было принято решение об объединении отдельных значений в категории, сопоставимые по количеству наблюдений в каждой. Однако отсутствие полной сбалансированности послужило причиной выбора непараметрического критерия Н-Краскала-Уоллеса для дальнейшего анализа. При проведенном анализе статистически значимых различий между сравниваемыми группами по совокупно рассматриваемым факторам двух опросников и шкалами психического диатеза обнаружено не было.

3.3.3 Сопоставление показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) и субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Предикторами субшкалы “Эмоциональная депривированность” (7% изменчивости) стали субшкалы “Сексуальное насилие” (0.1228, $p=0.0515$), “Эмоциональное отвержение” (0.1269, $p=0.0145$). Данные представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «эмоциональная депривированность» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.214	0.0295	7.246	9.5e-11***
Сексуальное насилие	0.1228	0.0623	1.971	0.0515
Эмоциональное отвержение	0.1269	0.0509	2.490	0.0145*
F (2, 99) = p = Псевдо R-квадрат = n =	5.041 0.0082 0.0740 102			

Предиктором субшкалы “Покинутость/Нестабильность” (5% изменчивости) стала субшкала “Сексуальное насилие” (0.1195, $p=0.0740$), и отрицательные показатели субшкалы “Физическое пренебрежение” (0.1881, $p=0.0522$). Данные представлены в таблице 9.

Таблица 9 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Покинутость / Нестабильность» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.339	0.0297	11.408	$< 2e-16^{***}$
Физическое насилие	0.0815	0.0511	1.594	0.1141
Сексуальное насилие	0.1195	0.0662	1.806	0.0740
Физическое пренебрежение	-0.1881	0.0957	-1.966	0.0522
Контакты с зависимыми	0.0727	0.049	1.484	0.1410
F (4, 97) = p = Псевдо R-квадрат = n =	2.329 0.0614 0.05 102			

Предиктором субшкалы “Недоверие/Ожидание жестокого обращения” (15% изменчивости) стали показатели субшкалы “Физическое насилие” (0.0983, $p=0.0343$) и показатели субшкалы “Эмоциональное отвержение” (0.1576, $p=0.0006$). Вышеперечисленные данные приведены в таблице 10.

Таблица 10 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Недоверие/Ожидание жестокого обращения» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.2684	0.0268	9.995	< 2e-16 ***
Физическое насилие	0.0983	0.0458	2.146	0.0343 *
Сексуальное насилие	0.1032	0.0547	1.886	0.0623
Эмоциональное отвержение	0.1576	0.0447	3.529	0.0006 ***
F (4, 97) = p = Псевдо R-квадрат = n =	5.481 0.1984 0.1507 102			

Предиктором субшкалы “Социальная отчужденность” (12% изменчивости) явились субшкалы “Эмоциональное отвержение” (0.195, p=0.0002) и отрицательные показатели субшкалы “Контакты с зависимыми” (-0.095, p=0.056) (таблица 11).

Таблица 11– Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Социальная отчужденность» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.3669	0.0291	12.599	<2e-16 ***
Сексуальное насилие	0.0974	0.0594	1.639	0.104326
Эмоциональное отвержение	0.1951	0.0503	3.881	0.000189 ***
Контакты с зависимыми	-0.0948	0.0491	-1.931	0.0564
F (3, 98) = p = Псевдо R-квадрат = n =	5.656 0.2174 0.1215 102			

Предиктором субшкалы “Дефективность/Стыдливость” (6% изменчивости) стала субшкала “Эмоциональное отвержение” (0.1288, $p=0.0061$). Данные представлены в таблице 12.

Таблица 12 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Дефективность/Стыдливость» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.2739	0.0249	10.993	$<2e-16^{***}$
Эмоциональное отвержение	0.1288	0.0459	2.803	0.0061**
F (1, 100) =	7.858			
p =	0.0061			
Псевдо R-квадрат =	0.0636			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Неуспешность” (17% изменчивости) явились субшкалы “Сексуальное насилие” (0.173, $p=0.0127$), “Эмоциональное отвержение” (0.156, $p=0.003$), и отрицательные показатели субшкалы “Физическое пренебрежение” (-0.342, $p=0.001$). Данные представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Неуспешность» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)».

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
1	2	3	4	5
(Константа)	0.3773	0.034	11.080	$< 2e-16^{***}$
Сексуальное насилие	0.173	0.0681	2.540	0.0127 *

Продолжение таблицы 13

1	2	3	4	5
Эмоциональное отвержение	0.156	0.051	3.050	0.003 **
Физическое пренебрежение	-0.342	0.1024	-3.341	0.0012 **
Развод родителей	-0.0724	0.0466	-1.553	0.1238
Физическое насилие по отношению к матери	0.1138	0.0697	1.632	0.106
F (5, 96) = p = Псевдо R-квадрат = n =	5.092 0.2251 0.1685 102			

Предиктором субшкалы “Зависимость/Беспомощность” (3% изменчивости) стала субшкала “Эмоциональное отвержение” (4.604, $p=0.0343$). Данные приведены в таблице 14.

Таблица 14 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Зависимость/Беспомощность» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.3322	0.0245	13.535	$<2e-16^{***}$
Эмоциональное отвержение	0.0971	0.0453	2.146	0.0343*
F (1, 100) = p = Псевдо R-квадрат = n =	4.604 0.0343 0.0344 102			

Предиктором субшкалы “Уязвимость” (8% изменчивости) стала субшкала “Эмоциональное отвержение” (5.309, $p=0.0363$) (таблица 15).

Таблица 15 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Уязвимость» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.2882	0.0260	11.045	<2e-16***
Эмоциональное отвержение	0.0981	0.0462	2.122	0.0363*
Контакты с зависимыми	0.0716	0.0441	1.623	0.1077
F (2, 99) = p = Псевдо R-квадрат = n =	5.309 0.0064 0.0786 102			

Предиктором субшкалы “Запутанность/Неразвитая идентичность” (13% изменчивости) явились субшкалы “Физическое насилие” (0.01, $p=0.016$), а также отрицательные показатели субшкал “Физическое пренебрежение” (-0.173, $p=0.041$) и “Контакты с зависимыми” (-0.105, $p=0.013$) (таблица 16).

Таблица 16 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Запутанность/Неразвитая идентичность» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
1	2	3	4	5
(Константа)	0.3138	0.0268	11.710	<2e-16 ***
Физическое насилие	0.1095	0.0448	2.446	0.0163 *
Физическое пренебрежение	-0.1727	0.0835	-2.069	0.0412 *
Контакты с зависимыми	-0.1053	0.0414	-2.542	0.0127 *

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5
Эмоциональное насилие	0.058	0.0399	1.454	0.1494
Сексуальное насилие	0.0903	0.0561	1.608	0.1111
Свидетельство жестокого обращения над матерью	0.0816	0.0575	1.418	0.1594
F (6, 95) = p = Псевдо R-квадрат = n =	3.492 0.1843 0.129 102			

Предиктором субшкалы “Покорность” (21% случаев) явились шкалы “Физическое насилие” (0.075, $p=0.099$), “Сексуальное насилие” (0.172, $p=0.0043$), “Эмоциональное отвержение” (0.188, $p<0.001$), и отрицательные показатели субшкалы “Физическое пренебрежение” (-0.232, $p=0.009$). Данные приведены в таблице 17.

Таблица 17 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Покорность» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.3594	0.0305	11.762	$<2e-16$ ***
Физическое насилие	0.0752	0.0452	1.664	0.0994
Сексуальное насилие	0.1723	0.0588	2.927	0.0043 **
Эмоциональное отвержение	0.1878	0.044	4.265	$4.69e-05$ ***
Физическое пренебрежение	-0.2317	0.0869	-2.667	0.009 **
Развод родителей	-0.0643	0.0405	-1.586	0.1159
F (5, 96) = p = Псевдо R-квадрат = n =	6.246 0.1951 0.2062 102			

Предиктором субшкалы “Подавленность эмоций” стали (8% изменчивости) субшкалы ”Сексуальное насилие” (0.1166, $p=0.0802$), “Эмоциональное отвержение” (0.1091, $p=0.0287$), а также обратные показатели субшкал “Физическое пренебрежение” (-0.1945, $p=0.0398$), “Член семьи, находящийся в заключении” (-0.1898, $p=0.0303$) (таблица 18).

Таблица 18 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Подавленность эмоций» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.4175	0.0279	14.979	<2e-16***
Сексуальное насилие	0.1166	0.066	1.768	0.0802
Эмоциональное отвержение	0.1091	0.0491	2.220	0.0287*
Физическое пренебрежение	-0.1945	0.0933	-2.084	0.0398*
Член семьи, находящийся в заключении	-0.1898	0.0863	-2.198	0.0303*
F (4, 97) = p = Псевдо R-квадрат = n =	3.087 0.0194 0.0763 102			

Предиктором субшкалы “Жесткие стандарты/Придирчивость” (7% изменчивости) стали отрицательные показатели по субшкалам “Свидетельство жестокого обращения над матерью” (-0.1332, $p=0.0231$) и “Контакты с зависимыми” (-0.0778, $p=0.0823$) (таблица 19).

Таблица 19 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Жесткие стандарты/Придирчивость» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.4835	0.0262	18.466	<2e-16***
Эмоциональное отвержение	0.0707	0.0465	1.520	0.1317
Свидетельство жестокого обращения над матерью	-0.1332	0.0577	-2.308	0.0231*
Контакты с зависимыми	-0.0778	0.0443	-1.756	0.0823
F (3, 98) = p = Псевдо R-квадрат = n =	3.375 0.0214 0.0659 102			

Предиктором субшкалы “Недостаточность самоконтроля” (5% изменчивости) стала субшкала ”Сексуальное насилие” (0.1184, p=0.0721) (таблица 20).

Таблица 20 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Недостаточность самоконтроля» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
1	2	3	4	5
(Константа)	0.3802	0.0298	12.764	<2e-16***
Физическое насилие	0.0775	0.05	1.549	0.1247
Сексуальное насилие	0.1184	0.0651	1.818	0.0721.
Эмоциональное отвержение	0.0755	0.0488	1.546	0.1254
Физическое пренебрежение	-0.1473	0.094	-1.565	0.1208

Продолжение таблицы 20

1	2	3	4	5
Член семьи, находящийся в заключении	-0.1393	0.0855	-1.630	0.1063
F (5, 96) = p = Псевдо R-квадрат = n =	2.082 0.0742 0.0508 102			

Предиктором субшкалы “Поиск одобрения” (3% изменчивости) стала субшкала ”Физическое насилие” (0.0835, $p=0.0458$) (таблица 21).

Таблица 21 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Поиск одобрения» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.4022	0.0216	18.578	$<2e-16^{***}$
Физическое насилие	0.0835	0.0413	2.022	0.0458*
F (1, 100) = p = Псевдо R-квадрат = n =	4.09 0.0458 0.0297 102			

Предикторами субшкалы “Негативизм/Пессимизм” (8% изменчивости) явились субшкалы “Сексуальное насилие” (0.1035, $p=0.0837$) и “Эмоциональное отвержение” (0.1341, $p=0.003$) (таблица 22).

Таблица 22 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Негативизм/Пессимизм» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	0.3599	0.0248	14.491	<2e-16***
Сексуальное насилие	0.1035	0.0592	1.748	0.0837
Эмоциональное отвержение	0.1341	0.0441	3.041	0.003**
Физическое пренебрежение	-0.1313	0.084	-1.563	0.1212
F (3, 98) = p = Псевдо R-квадрат = n =	3.772 0.0131 0.0761 102			

Предиктором субшкалы “Пунитивность” (8% изменчивости) стала субшкала “Физическое насилие” (0.0807, p=0.0612), а также отрицательные показатели по субшкале “Родительское разлучение / развод” (-0.0962, p=0.0129). Данные приведены в таблице 23.

Таблица 23 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Пунитивность» опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
1	2	3	4	5
(Константа)	0.3609	0.0276	13.051	<2e-16***
Физическое насилие	0.0807	0.0426	1.894	0.0612
Родительское разлучение / развод	-0.0962	0.038	-2.532	0.0129*

Продолжение таблицы 23

1	2	3	4	5
Контакты с зависимыми	0.0611	0.0402	1.522	0.1313
F (3, 98) =	3.889			
p =	0.0113			
Псевдо R-квадрат =	0.079			
n =	102			

Наиболее значимые результаты сопоставления субшкал анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) с субшкалами опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R) представлены в рисунках ниже.

Представленные данные рисунка 5 наглядно показывают, что субшкала «физическое насилие» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) явилась предиктором таких субшкал опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R), как:

- а) недоверие;
- б) неразвитая идентичность (собранные воедино убеждения и впечатления индивидуума о себе самом и окружающем мире, получающие существенное отражение в поведении человека);
- в) поиск одобрения;
- г) покорность;
- д) пунитивность (убеждение человека в том, что его за ошибки следует жестоко наказывать, что коррелирует со склонностью к проявлениям гнева, нетерпимости и нетерпения, стремлением винить людей (включая себя), которые не отвечают ожиданиям или стандартам пациента).

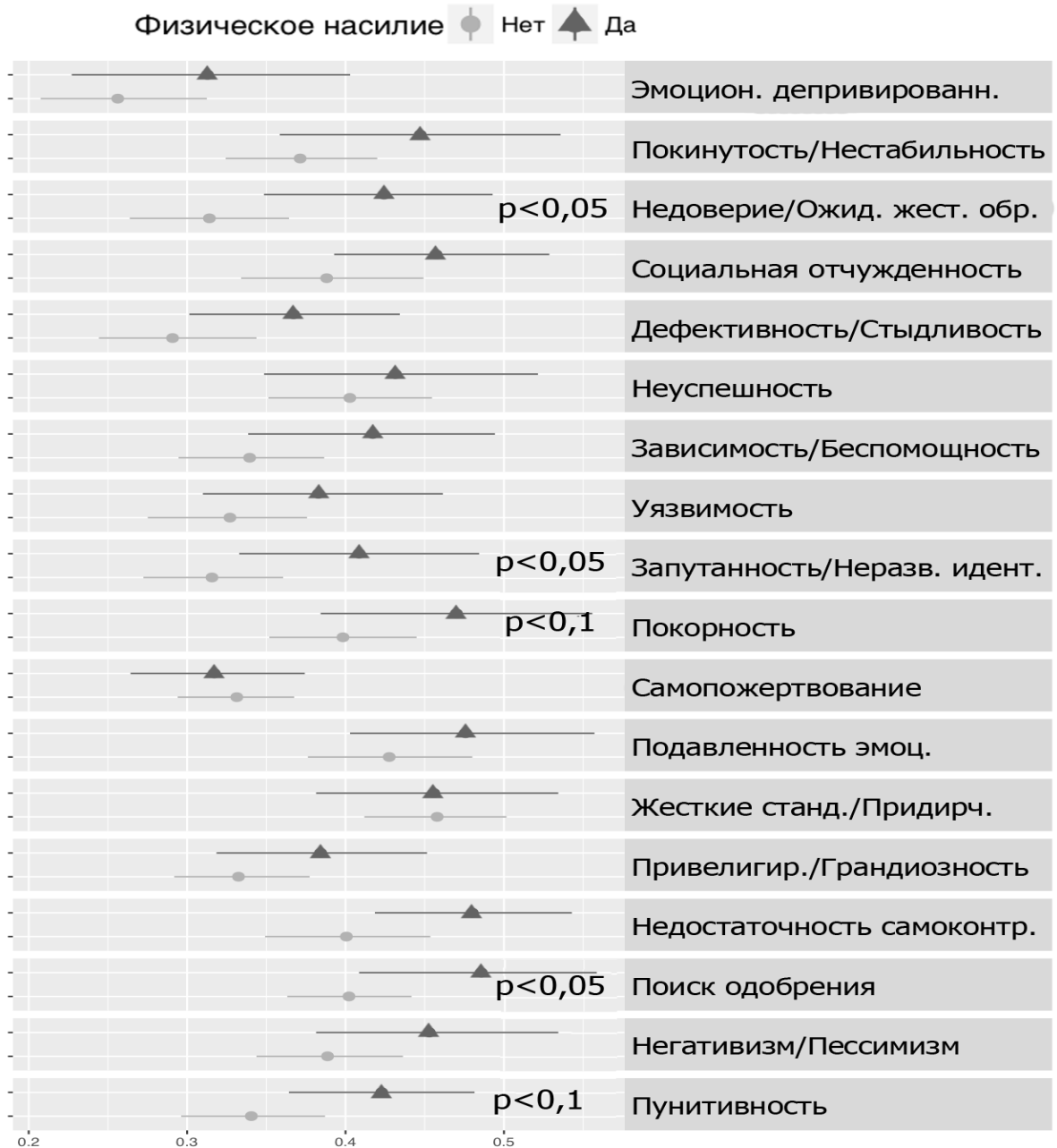


Рисунок 5 – Сопоставление субшкалы «физическое насилие» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R)

Из представленного ниже рисунка 6 видно, что субшкала «сексуальное насилие» явилась предиктором таких субшкал опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R), как: эмоциональная депривированность, покинутость, недоверие/ожидание жестокого обращения, покорность, подавленность эмоций, недостаточность самоконтроля, пессимизм.

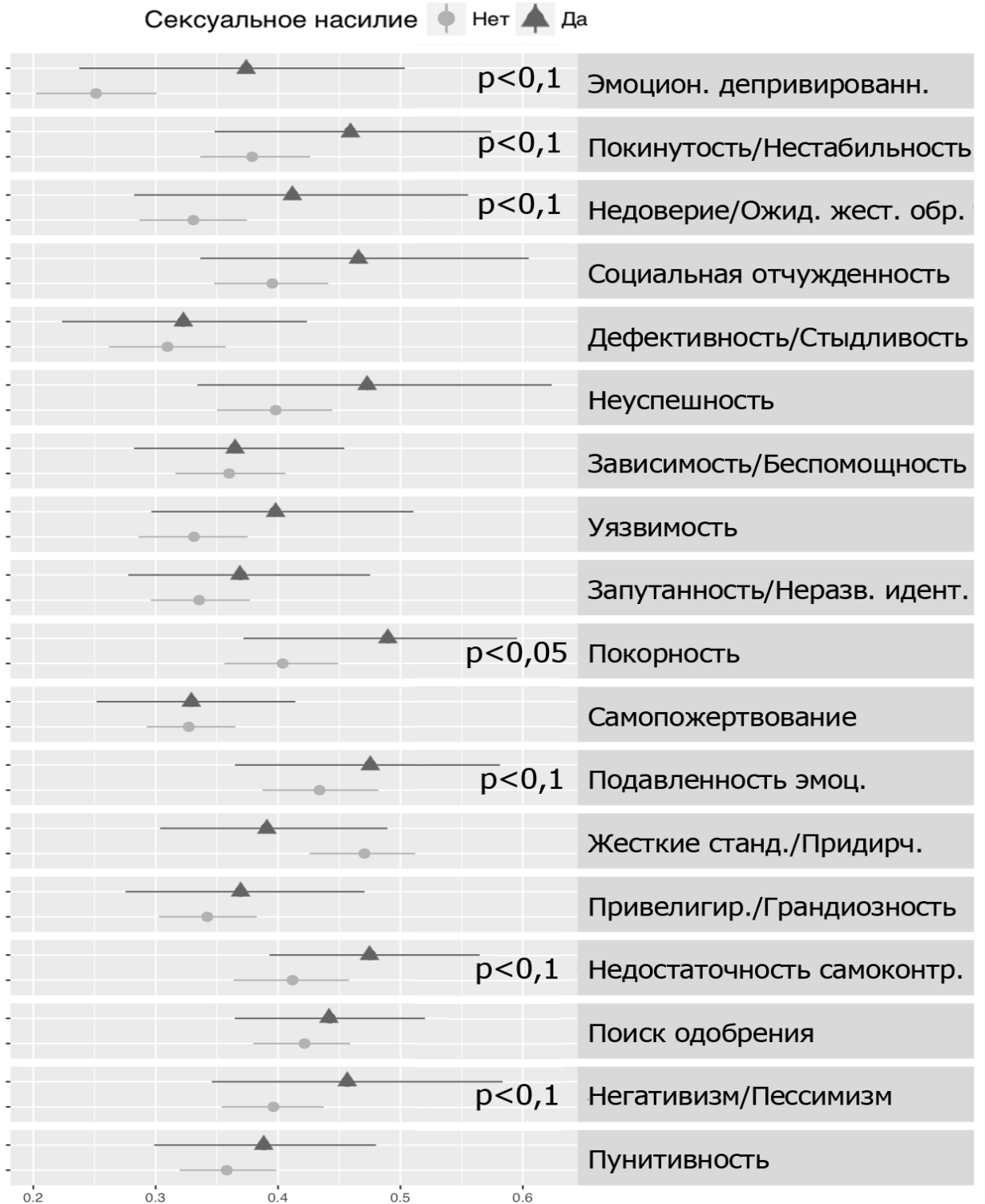


Рисунок 6 – Сопоставление субшкалы «сексуальное насилие» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R)

Как видно из рисунка 7, «эмоциональное отвержение» явилось предиктором таких субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R), как: эмоциональная депривированность, покинутость/нестабильность, недоверие/ожидание жестокого обращения, социальная отчужденность, дефективность, неуспешность, зависимость, уязвимость, покорность, подавленность эмоций, жесткие стандарты/придирчивость, привелигир./грандиозность, недостаточность самоконтроля, поиск одобрения, негативизм/пессимизм, пунитивность.

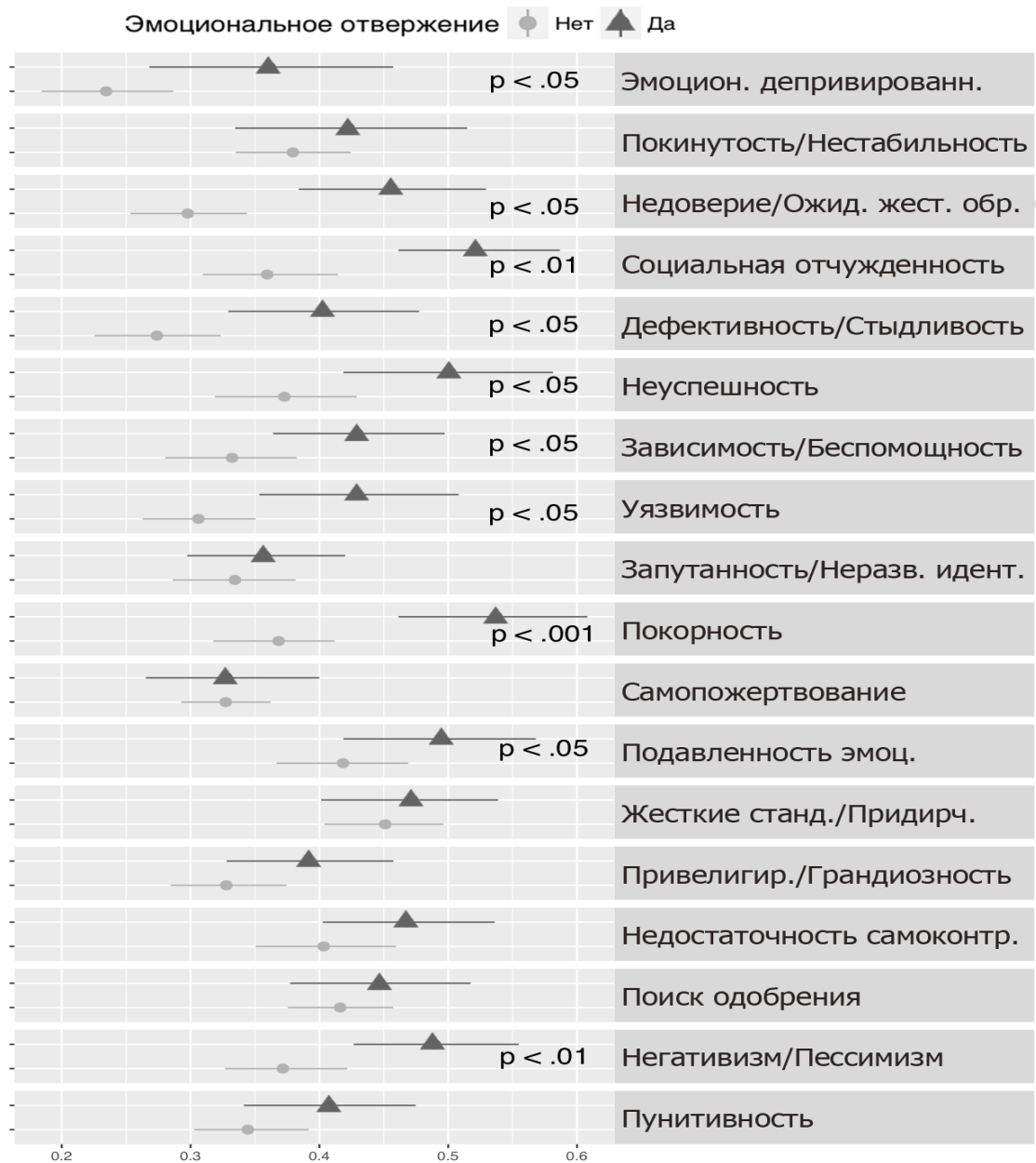


Рисунок 7– Сопоставление субшкалы «эмоциональное отвержение» анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) с субшкалами опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)

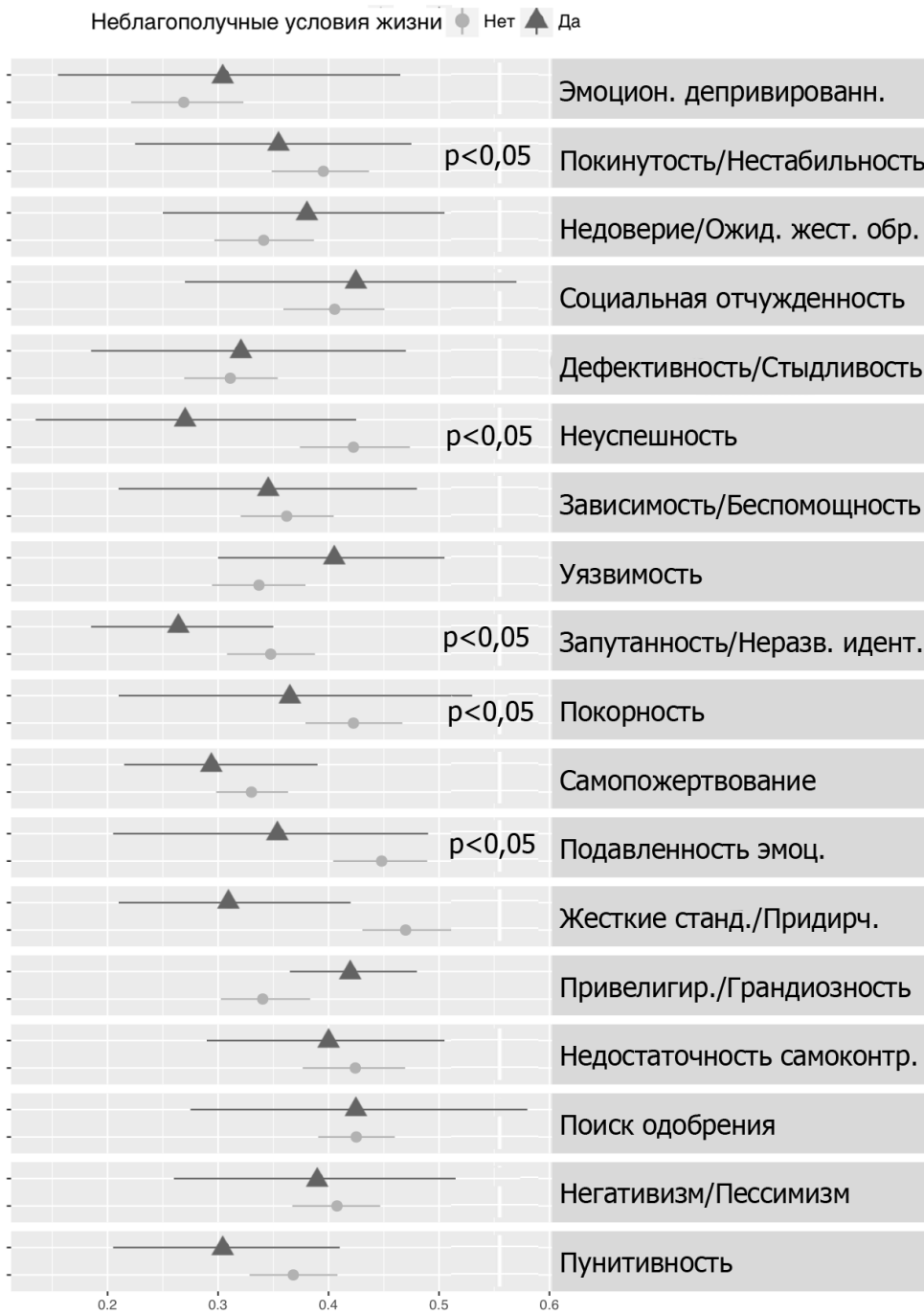


Рисунок 8 – Сопоставление субшкалы «неблагополучные условия жизни» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R)

На основании рисунка 8 можно видеть, что неблагоприятные условия жизни явились отрицательным предиктором таких субшкал опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R), как:

покинутость/нестабильность, неуспешность, запутанность/неразвитая идентичность, покорность, подавленность эмоций.

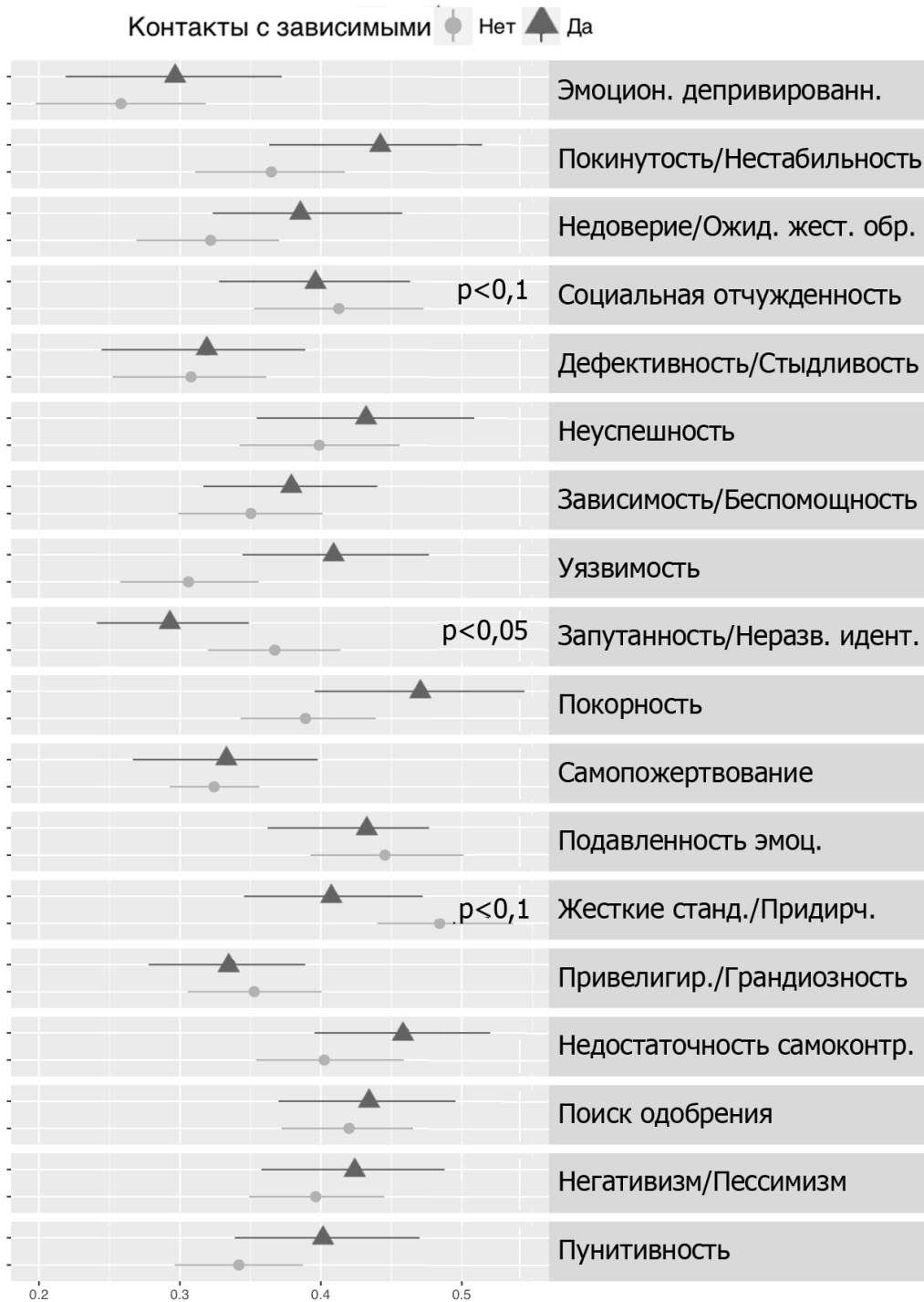


Рисунок 9 – Сопоставление субшкалы «контакты с зависимыми» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R)

Анализируя представленный рисунок 9, нами отмечено, что «контакты с зависимыми» явились отрицательным предиктором таких субшкал опросника

“Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R), как: социальная отчужденность, запутанность, жесткие стандарты.

3.3.4 Сопоставление показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) и субшкал «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Предиктором субшкалы “Инвалидация эмоций другими” (11% изменчивости) явились субшкалы “Сексуальное насилие” (0.824, $p=0.008$), “Эмоциональное отвержение” (0.697, $p=0.003$), а также отрицательные показатели субшкалы “Физическое пренебрежение” (-0.913, $p=0.037$). Данные приведены в таблице 24.

Таблица 24 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Инвалидация эмоций другими» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	2.7340	0.1273	21.469	<2e-16 ***
Сексуальное насилие	0.8243	0.3037	2.715	0.0078 **
Эмоциональное отвержение	0.6975	0.2261	3.085	0.0026 **
Физическое пренебрежение	-0.9132	0.4307	-2.120	0.0365 *
F (3, 98) =	5.118			
p =	0.0025			
Псевдо R-квадрат =	0.109			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Недостаточная осмысленность эмоций” (6% изменчивости) явились субшкалы “Сексуальное насилие” (0.8235, $p=0.0202$) и “Эмоциональное отвержение” (0.4917, $p=0.088$). Данные приведены в таблице 25.

Таблица 25 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Недостаточная осмысленность эмоций» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	2.7377	0.1653	16.559	<2e-16***
Сексуальное насилие	0.8235	0.3489	2.360	0.0202*
Эмоциональное отвержение	0.4917	0.2854	1.723	0.088
F (2, 99) =	4.27			
p =	0.0166			
Псевдо R-квадрат =	0.0608			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Чувство вины за собственные эмоции” (4% изменчивости) стала субшкала “Эмоциональное отвержение” (0.5792, p=0.0233) (таблица 26).

Таблица 26 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Чувство вины за собственные эмоции» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	2.5208	0.1364	18.484	<2e-16***
Эмоциональное отвержение	0.5792	0.2515	2.303	0.0233*
F (1,100) =	5.304			
p =	0.0233			
Псевдо R-квадрат =	0.0409			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Упрощенное представление об эмоциях” (5% изменчивости) стала инвертированная субшкала “Родительское разлучение / развод” (-0.5999, p=0.012) (таблица 27).

Таблица 27 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Упрощенное представление об эмоциях» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	4.7931	0.1540	31.116	<2e-16***
Родительское разлучение / развод	-0.5999	0.2345	-2.558	0.012*
F (1, 100) =	6.543			
p =	0.012			
Псевдо R-квадрат =	0.052			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Обесценивание эмоций” (7% изменчивости) явилась субшкала “Физическое пренебрежение” (1.338, p= 0.0033). Данные приведены в таблице 28.

Таблица 28 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Обесценивание эмоций» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	2.5372	0.1246	20.359	< 2e-16 ***
Физическое пренебрежение	1.3378	0.4450	3.006	0.0033 **
F (1, 100) =	9.037			
p =	0.0033			
Псевдо R-квадрат =	0.0737			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Страх потери контроля при переживании сильных эмоций” (11% изменчивости) явились субшкалы “Физическое насилие” (0.582, p=0.072), “Эмоциональное отвержение” (1.04, p=0.002) (таблица 29).

Таблица 29 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Страх потери контроля при переживании сильных эмоций» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	2.7639	0.1892	14.608	<2e-16 **
Физическое пренебрежение	1.3378	0.4450	3.006	0.0033 **
Эмоциональное отвержение	1.0395	0.3198	3.250	0.0016 **
Контакты с зависимыми	-0.4947	0.3157	-1.567	0.1203
Член семьи, находящийся в заключении	0.7752	0.5568	1.392	0.167
F (4, 97) =	4.226			
p =	0.0034			
Псевдо R-квадрат =	0.1133			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Прогнозируемая длительность эмоций” (6% изменчивости) явились субшкалы “Физическое насилие” (0.4718, p=0.0771) и “Эмоциональное отвержение” (0.5477, p=0.0358). Данные приведены в таблице 30.

Таблица 30 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Прогнозируемая длительность эмоций» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	2.8450	0.1480	19.223	<2e-16***
Физическое насилие	0.4718	0.2641	1.786	0.0771
Эмоциональное отвержение	0.5477	0.2573	2.129	0.0358*
Свидетельство жестокого обращения над матерью	-0.5554	0.3354	-1.656	0.1009
F (3, 98) =	3.193			
p =	0.0269			
Псевдо R-квадрат =	0.0611			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других” (9% изменчивости) явились субшкалы “Эмоциональное отвержение” (0.621, $p=0.0134$), “Член семьи, находящийся в заключении” (0.816, $p=0.059$), и отрицательные показатели субшкалы “Контакты с зависимыми” (-0.569, $p=0.022$) (таблица 31).

Таблица 31 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	2.8787	0.1434	20.079	$<2e-16$ ***
Сексуальное насилие	0.5598	0.2918	1.918	0.0580
Эмоциональное отвержение	0.6213	0.2468	2.518	0.0134 *
Член семьи, находящийся в заключении	0.8160	0.4274	1.909	0.0592
Контакты с зависимыми	-0.5693	0.2450	-2.324	0.0222 *
F (4, 97) =	3.531			
p =	0.0098			
Псевдо R-квадрат =	0.0911			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Ингибирование собственных эмоций” (8% изменчивости) явились субшкалы “Сексуальное насилие” (0.691, $p=0.024$), “Эмоциональное отвержение” (0.645, $p=0.013$), и отрицательные показатели субшкалы “Контакты с зависимыми” (-0.551, $p=0.029$). Данные приведены в таблице 32.

Таблица 32 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Ингибирование собственных эмоций» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	3.1199	0.1476	21.131	<2e-16 ***
Сексуальное насилие	0.6910	0.3011	2.295	0.0239 *
Эмоциональное отвержение	0.6458	0.2548	2.534	0.0129 *
Контакты с зависимыми	-0.5514	0.2491	-2.214	0.0292 *
F (3, 98) =	3.94			
p =	0.0106			
Псевдо R-квадрат =	0.0803			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Склонность к руминациям” (9% изменчивости) явились субшкалы “Эмоциональное отвержение” (0.684, $p=0.022$), а так же отрицательные показатели субшкалы “Контакты с больными психиатрического профиля” (-0.585, $p=0.068$) и “Член семьи, находящийся в заключении” (-0.925, $p=0.089$) (таблица 33).

Таблица 33– Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Склонность к руминациям» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	3.6085	0.1781	20.259	<2e-16 ***
Эмоциональное отвержение	0.6843	0.2931	2.334	0.0216 *
Контакты с больными психиатрического профиля	-0.5847	0.3163	-1.849	0.0675
Член семьи, находящийся в заключении	-0.9247	0.5386	-1.717	0.0892
F (3, 98) =	4.515			
p =	0.0052			
Псевдо R-квадрат =	0.0945			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Низкая эмоциональная экспрессивность” (2% изменчивости) явилась инверсия субшкалы “Физическое пренебрежение” (-0.7518, $p=0.0892$). Данные приведены в таблице 34.

Таблица 34 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Низкая эмоциональная экспрессивность» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	3.1983	0.1182	27.064	$<2e-16^{***}$
Физическое пренебрежение	-0.7518	0.4380	-1.717	0.0892
Свидетельство жестокого обращения с матерью	0.4856	0.3325	1.460	0.1473
F (2, 99) =	1.838			
p =	0.1646			
Псевдо R-квадрат =	0.0163			
n =	102			

Предиктором субшкалы “Обвинение других” (7% изменчивости) явились субшкалы “Эмоциональное насилие” (0.609, $p=0.0489$) и “Физическое насилие” (0.601, $p=0.0708$) (таблица 35).

Таблица 35 – Субшкалы анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) в качестве предикторов для параметра субшкалы «Обвинение других» опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Независимая переменная	Коэф.	Станд. ош.	z знач.	p знач.
(Константа)	3.1583	0.1874	16.855	$<2e-16^{***}$
Эмоциональное насилие	0.6089	0.3054	1.994	0.0489*
Физическое насилие	0.6009	0.3290	1.826	0.0708
F (2, 99) =	4.982			
p =	0.0087			
Псевдо R-квадрат =	0.0731			
n =	102			

Резюме

Наиболее значимые результаты сопоставления субшкал анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» представлены в рисунках ниже.

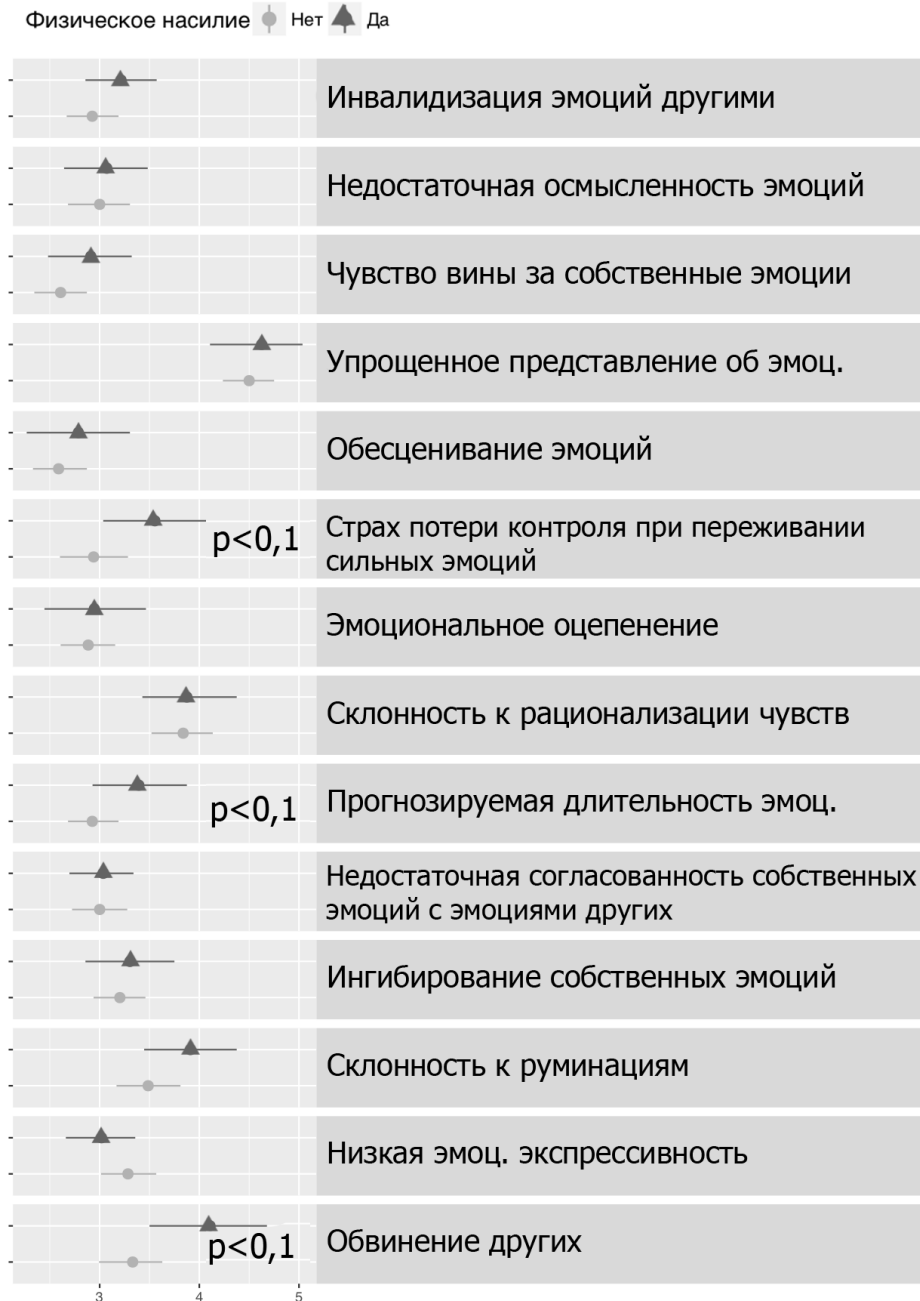


Рисунок 10 – Сопоставление субшкалы «физическое насилие» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Рисунок 10 наглядно показывает, что субшкала «физическое насилие» явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р.Лихи (LESS I IRUS)», как: страх потери контроля при переживании сильных эмоций, прогнозируемая длительность эмоций, обвинение других.



Рисунок 11– Сопоставление субшкалы «сексуальное насилие» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)

Из выше представленного рисунка 11 следует, что шкала «сексуальное насилие» явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», как: инвалидация эмоций другими, недостаточная осмысленность эмоций, ингибирование собственных эмоций.

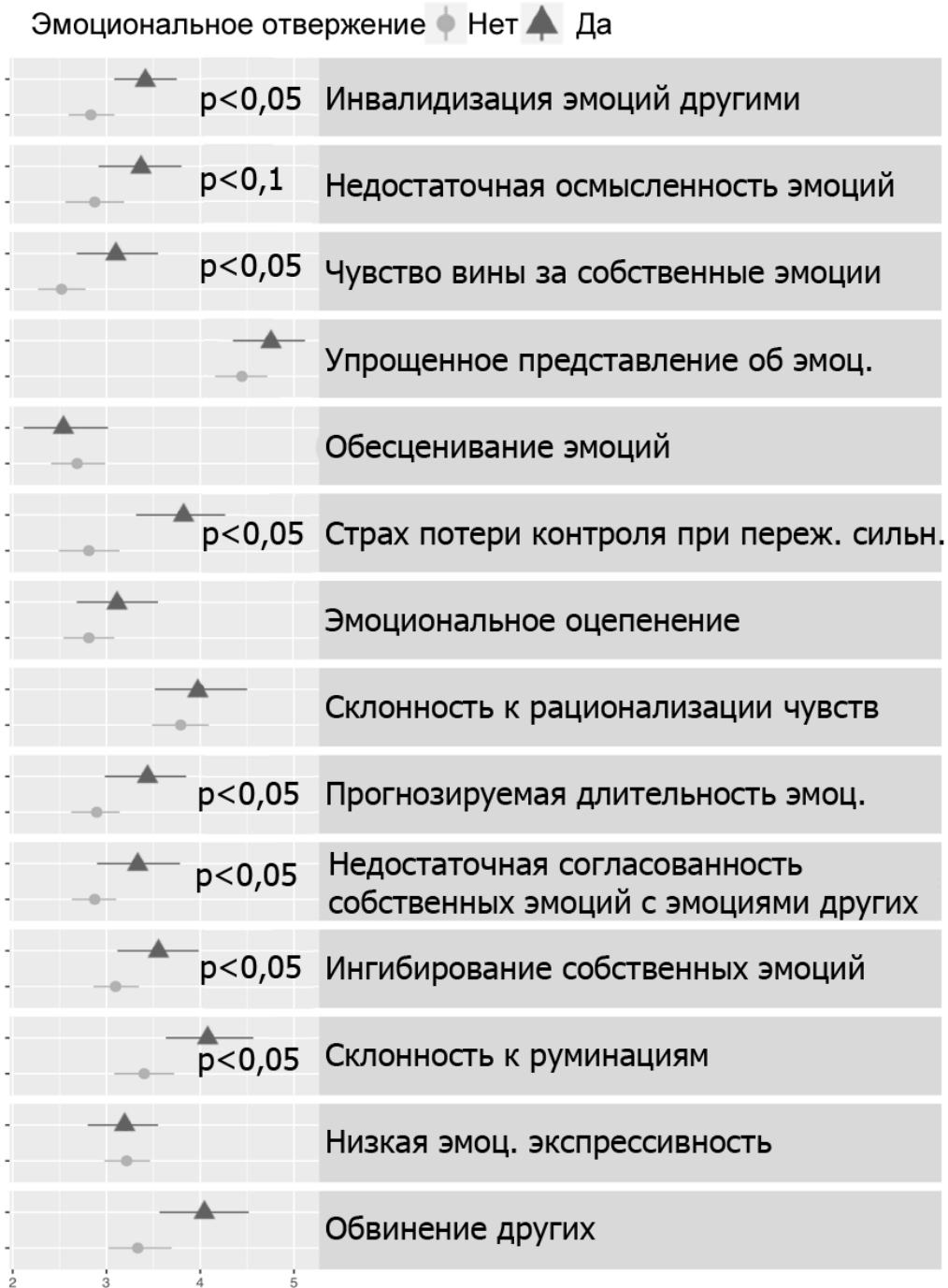


Рисунок 12 – Сопоставление субшкалы «эмоциональное отвержение» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)

Как видно из рисунка 12, субшкала «эмоциональное отвержение» явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», как: инвалидация эмоций другими, недостаточная осмысленность эмоций, чувство вины за собственные эмоции, страх потери контроля при переживании сильных эмоций, прогнозируемая длительность эмоций, недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других, ингибирование собственных эмоций, склонность к руминациям.



Рисунок 13 – Сопоставление субшкалы «неблагополучные условия жизни» анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (ACE) с субшкалами «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)

На основании представленного рисунка 13 можно отметить, что субшкала «неблагополучные условия жизни» явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» как: инвалидация эмоций другими (отрицательная взаимосвязь), обесценивание эмоций, низкая эмоциональная экспрессивность (отрицательная взаимосвязь).

3.4 Факторный анализ различных характеристик преморбидного периода

Эта часть исследования была проведена на примере основной группы, состоящей из 102 больных с расстройствами шизофренического спектра.

3.4.1 Факторный анализ для показателей опросника

“Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) и для «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Для снижения размерности данных и поиска скрытой внутренней структуры в выраженности схем был применен факторный анализ: отдельно для опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) и для «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)». Алгоритмом выделения факторов из корреляционной матрицы, выбранный для наших целей, стал метод максимального правдоподобия. Избранный алгоритм вращения осей - наклонное вращение промакс. Соответственно, рассмотрению были подвергнуты матрицы факторной структуры, модели факторов и корреляций между факторами.

3.4.2 Выбор факторной модели для опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)

Согласно критерию Кайзера и графику собственных значений мы можем рассматривать модели, состоящий из 1-4 факторов.

Нами была выбрана модель из 4 факторов (как наиболее информативная), включающая в себя следующие шкалы (в скобках указан вклад конкретной субшкалы в этот фактор):

1. Дефензивность: дефективность/стыдливость (0.80), неуспешность (0.92), зависимость/беспомощность (0.70), запутанность/неразвитая идентичность (0.46), покорность (0.78), недостаточность самоконтроля (0.46), покинутость/нестабильность (0.38), социальная отчужденность (0.51)

2. Подозрительность: недоверие/ожидание жестокого обращения (0.66), жесткие стандарты/придирчивость (0.79), привилегированность/грандиозность (0.53), эмоциональная депривированность (0.30), подавленность эмоций (0.51), негативизм/пессимизм (0.37), пунитивность (0.37)

3. Жертвенность: самопожертвование (0.67), поиск одобрения (0.26)

4. Сенситивность: уязвимость (1.04)

3.4.3 Выбор факторной модели для «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Согласно критерию Кайзера и графику собственных значений мы можем рассматривать модели, состоящий из 2-4 факторов.

Нами была выбрана модель из 4 факторов (как наиболее информативная), включающую в себя следующие субшкалы методики Р. Лихи (в скобках указан вклад каждой субшкалы в этот фактор).

1. Инвалидация эмоций: инвалидация эмоций другими (1.08),

2. Принятие эмоций: обесценивание эмоций (-0.45),

3. Эмоциональная дизрегуляция: недостаточная осмысленность эмоций (0.73), чувство вины за собственные эмоции (0.53), страх потери контроля при переживании сильных эмоций (0.57), эмоциональное оцепенение (0.55), прогнозируемая длительность эмоций (0.46), недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других (0.52), склонность к руминациям (0.72),

4. Рационализация чувств: упрощенное представление об эмоциях (-0.46), склонность к рационализации чувств (0.55), ингибирование собственных эмоций (0.47), низкая эмоциональная экспрессивность (0.41), обвинение других (-0.34).

Описательные статистики субшкал, полученных в результате факторного анализа приведены в таблице 36.

Таблица 36 – Описательные статистики субшкал, полученные в результате факторного анализа

Фактор	Мин.	1 кв.	Мед.	Сред.	3 кв.	Макс.
Дефензивность	-2.04	-0.68	-0.04	0	0.64	2.25
Подозрительность	-2.03	-0.67	-0.02	0	0.61	2.19
Сенситивность	-1.82	-0.72	-0.05	0	0.70	2.85
Жертвенность	-2.13	-0.65	-0.08	0	0.54	2.43
Принятие эмоций	-2.21	-0.69	0.08	0	0.58	2.19
Рационализация чувств	-2.95	-0.62	0.00	0	0.68	1.92
Инвалидация эмоций	-2.01	-0.70	-0.03	0	0.59	2.93
Эмоциональная дизрегуляция	-2.14	-0.55	0.01	0	0.42	2.83

3.4.4 Взаимосвязи показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) и факторов на основе субшкал опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)

Суммарные оценки по показателю анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) были разделены на категории со сбалансированным распределением респондентов. Для сопоставления полученной категориальной шкалы с результирующими шкалами по опросникам «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р.Лихи (LESS II RUS)» и “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) был использован непараметрический критерий Н-Краскала-Уоллеса.

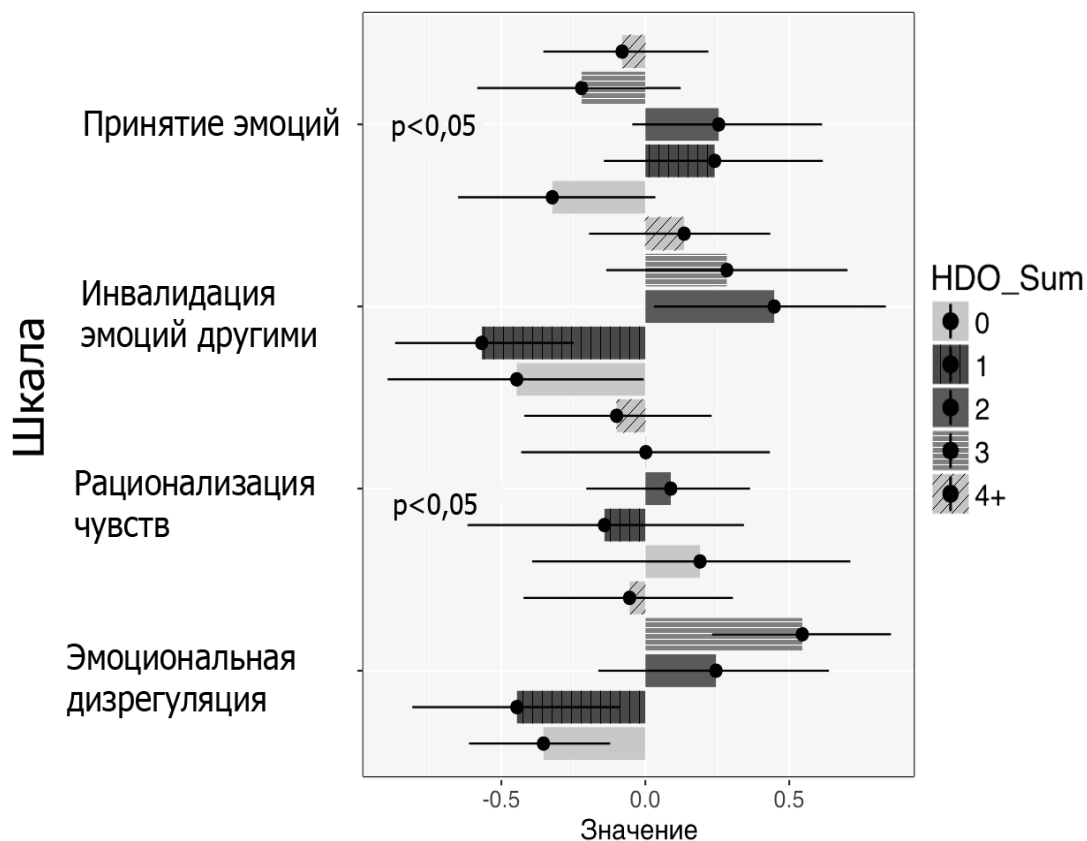


Рисунок 14. Взаимосвязь между величиной суммарного балла НДО и факторами опросника «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» (LESS II RUS)

Анализируя взаимосвязи между величиной суммарного балла НДО и факторами опросника «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи»

(LESS II RUS), мы обнаружили статистически значимые различия между группами по факторам “Принятие эмоций” ($\chi^2 = 17.739$, $df = 4$, $p = 0.0014$) и “Рационализация чувств” ($\chi^2 = 17.216$, $df = 4$, $p = 0.0017$). Описательные статистики групп приведены ниже (таблица 37). Также результаты графически представлены на рисунке 14.

Таблица 37 – Описательные статистики взаимосвязи между величиной суммарного балла НДО и факторами опросника «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» (LESS II RUS)

Фактор	Группы	Среднее	Станд. откл.
Принятие эмоций	0	-0.32	0.69
	1	0.24	0.90
	2	0.25	0.83
	3	-0.22	0.79
	4+	-0.08	0.72
Инвалидация эмоций	0	-0.45	0.95
	1	-0.57	0.76
	2	0.45	1.07
	3	0.28	0.98
	4+	0.13	0.82
Рационализация чувств	0	0.19	1.16
	1	-0.14	1.14
	2	0.09	0.73
	3	0.00	0.98
	4+	-0.10	0.82
Эмоциональная дисрегуляция	0	-0.35	0.52
	1	-0.45	0.86
	2	0.25	1.05
	3	0.55	0.74
	4+	-0.06	0.87

При анализе взаимосвязи между величиной суммарного балла анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) и факторами опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ-S3R) мы обнаружили статистически значимые различия между сравниваемыми группами по факторам “Сенситивность” ($N = 13.089$, $df = 4$, $p = 0.01085$) и “Дефензивность” ($N = 10.105$, $df = 4$, $p = 0.03869$). Данные представлены на рисунке 15.

Описательные статистики сравниваемых групп приведены ниже (таблица 38).

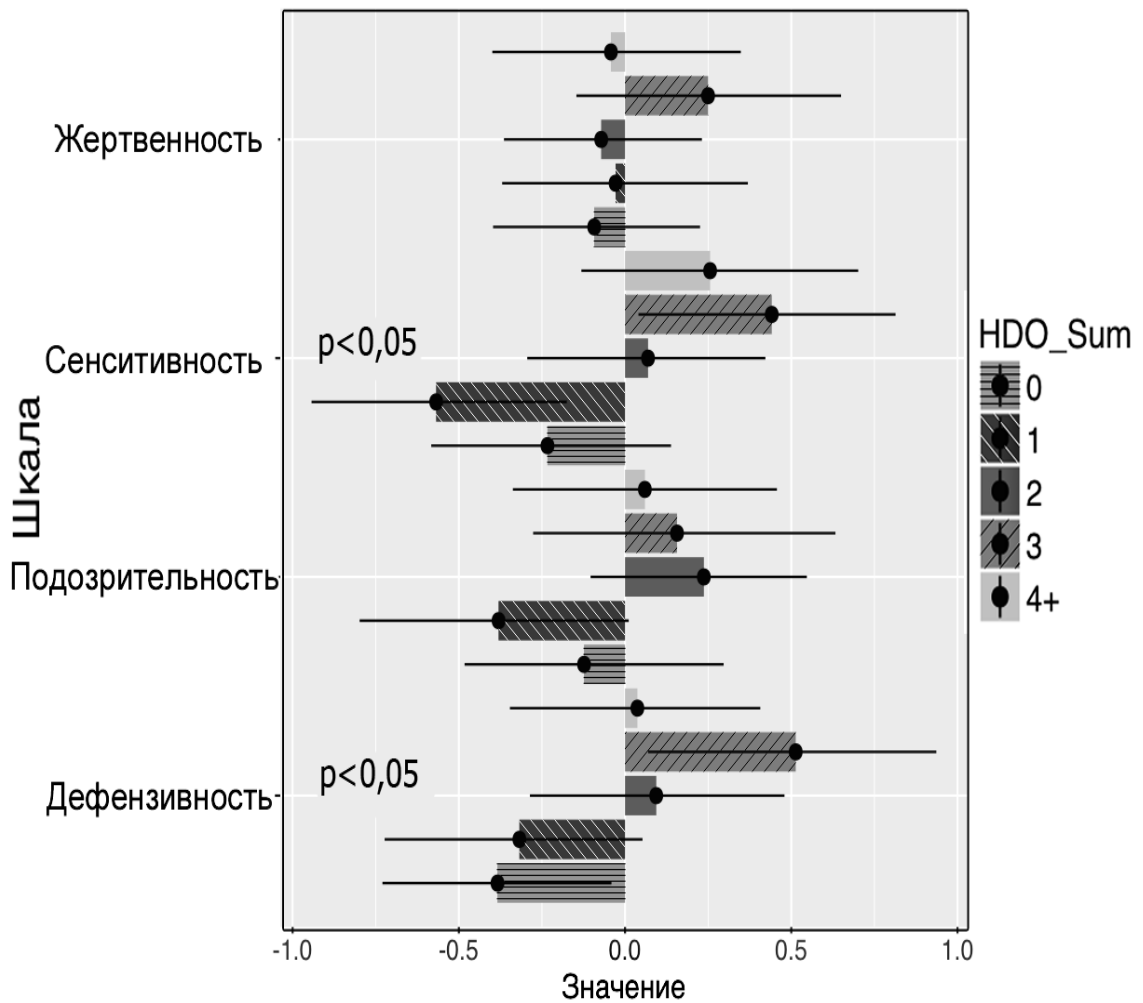


Рисунок 15 – Взаимосвязь между величиной суммарного балла НДО и факторами опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ-S3R)».

Таблица 38 – Описательные статистики взаимосвязи между величиной суммарного балла НДО и факторами опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)»

Фактор	Группы	Среднее	Станд. откл.
Жертвенность	0	-0.09	0.65
	1	-0.03	0.91
	2	-0.07	0.78
	3	0.25	0.95
	4+	-0.04	0.95
Сенситивность	0	-0.23	0.78
	1	-0.57	0.93
	2	0.07	0.95
	3	0.44	0.87
	4+	0.26	1.03
Подозрительность	0	-0.12	0.82
	1	-0.38	0.98
	2	0.24	0.81
	3	0.16	1.02
	4+	0.06	0.94
Дефензивность	0	-0.38	0.71
	1	-0.32	0.97
	2	0.09	1.00
	3	0.51	0.95
	4+	0.04	0.92

3.5 Связь некоторых клинических характеристик (пол, диагноз, возраст, место госпитализации, длительность госпитализации) с характеристиками преморбидного периода (ранние дезадаптивные схемы и эмоциональные схемы) обследованных больных

Эта часть исследования была проведена на примере основной группы, состоявшей из 102 больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

3.5.1 Влияние пола на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R)

Так как полученные группы неравнозначны по количеству, для сравнения был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Рассматривая влияние пола на показатели «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», мы обнаружили взаимосвязь (достоверную на уровне статистической тенденции) между полом и показателем фактора «Принятие эмоций» ($W = 984$, $p = 0.0543$). Как видно из описательных статистик (таблица 39), у мужчин наблюдается более высокие показатели по данной шкале, чем у женщин (рисунок 16).

Таблица 39 – Взаимосвязь пола больных факторов на основе показателей «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

Фактор	Группы	Среднее	Ст. откл.	Мин.	Макс.
1	2	3	4	5	6
Принятие эмоций	Женщины	-0.19	0.65	-1.42	1.47
	Мужчины	0.14	0.90	-2.14	2.83

Продолжение таблицы 39

1	2	3	4	5	6
Инвалидация эмоций	Женщины	0.08	0.93	-1.83	2.93
	Мужчины	-0.06	1.04	-2.01	2.00
Рационализация чувств	Женщины	-0.09	0.95	-2.43	1.28
	Мужчины	0.07	0.95	-2.95	1.92
Эмоциональная дисрегуляция	Женщины	-0.10	0.75	-1.65	1.35
	Мужчины	0.07	1.01	-2.21	2.19

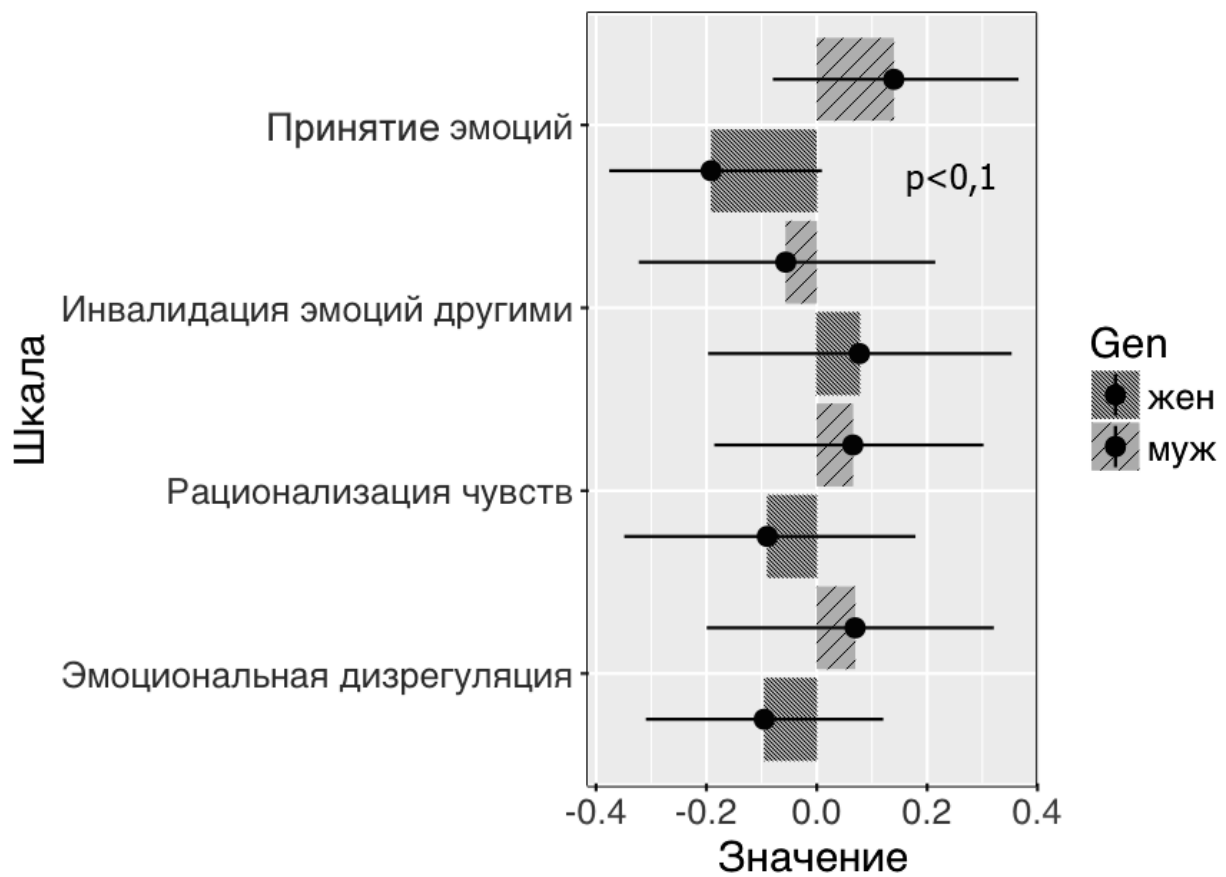


Рисунок 16 – Взаимосвязь между полом и факторами

Других статистически значимых взаимосвязей обнаружено не было.

3.5.2 Влияние возраста на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R)

Так как распределение значений возраста статистически значимо отклоняется от нормального, для корреляционного анализа, был использован критерий ранговой корреляции Спирмена. Что же касается взаимосвязи возраста и показателей опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R), то мы обнаружили положительную взаимосвязь между возрастом и фактором «Жертвенность» ($r = 0.2669915$, $p = 0.006674$). Людям старшего возраста присущи более высокие показатели по данной шкале. Иных статистически значимых корреляций по этой шкале не обнаружено.

3.5.3 Влияние длительности госпитализации на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R)

Для корреляционного анализа был использован критерий ранговой корреляции rho-Спирмена. Относительно корреляции длительности госпитализации и показателей опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R) можно отметить, что мы обнаружили положительную взаимосвязь на уровне статистической тенденции по фактору «Дефензивность» ($r = 0.1830128$, $p = 0.0656$). Наши данные свидетельствуют о том, что с ростом продолжительности госпитализации у больных увеличиваются показатели по данной шкале. Можно предположить и другую гипотезу: большая длительность госпитализации пациентов обусловлена более тяжелым состоянием и в таком случае фактор «Дефензивность» связан с длительностью госпитализации опосредованно.

3.6 Исследование табакокурения у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра

Табакокурение пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, исследовалось для выявления дополнительных мишеней психотерапии. Это связано с тем, что в рамках персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии в проведенном исследовании планировалось сделать упор не только на относительно традиционные для психотерапии психологические характеристики пациентов, но и на их аддиктивные паттерны поведения.

Были опрошены 52 человека, из которых 32 мужчины и 20 женщин, что составляло 62% и 38% соответственно. Средний возраст респондентов составил 39 лет. В группе мужчин средний возраст - 38,3 лет, в группе женщин - 40,3 лет. Все пациенты страдали расстройствами шизофренического спектра (F20-29).

При опросе все 52 пациента заявили, что курят обычные сигареты, при этом 6 человек (12%) также сообщили, что пользовались вейпами.

Стаж курения приведен в таблице 40.

Таблица 40 – Стаж курения у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра

Стаж курения	Число человек	%
1-5 лет	12	23%
6-10 лет	11	21%
11-15 лет	8	15%
16-20 лет	3	6%
21-30 лет	6	12%
31 и более лет	12	23%

25% (13 человек) выкуривали 10 и меньше сигарет в день; 62% (32 человека) выкуривали от 11 до 20 сигарет; 8% (4 человека) – 21-30 сигарет в день; 5% (3 человека) – 31 сигарету и более (таблица 41).

Таблица 41 – Количество выкуриваемых в день сигарет у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра

Количество выкуриваемых в день сигарет	Число человек	%
10 и меньше	13 человек	25%
от 11 до 20	32 человека	62%
21-30	4 человека	8%
31 сигарету и более	3 человека	5%

Насколько нравится процесс курения пациентам, страдающим расстройствами шизофренического спектра, видно из таблицы 42 (в бальном диапазоне, где «10» – максимально нравится и «1» – не нравится совсем).

Таблица 42 – Удовольствие от процесса табакокурения у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра

Насколько нравится процесс курения (1-10)	Число человек	%
1-3	16	30
4-6	15	29
7-9	15	29
10	6	12

Мотивы курения (ответ на вопрос «Что дает курение?») систематизированы в таблице 43.

Таблица 43 – Мотивы табакокурения у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра

Что даёт курение?	Число человек	%
Расслабляет, успокаивает.	28	54
Ничего хорошего не дает.	11	21
Получение удовольствия.	9	17
Социальные мотивы (проще общаться и т.п.)	4	8

В таблице 44 представлены данные, свидетельствующие о том, что при неблагоприятных эмоциональных переживаниях интенсивность курения пациентов (количество выкуренных за день сигарет) увеличивается.

Таблица 44 – Изменение интенсивности табакокурения у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра при неблагоприятных эмоциональных переживаниях

Насколько увеличивается курение табака (в сигаретах в сутки)	Число человек	%
Не изменяется	15	29
От 1 до 5 сигарет	16	31
От 6 до 10 сигарет	13	25
От 11 до 20 сигарет	8	15
Более 21 сигареты	0	0

Средняя степень никотиновой зависимости выявлена у 17% участников исследования (9 человек). Тот же процент наблюдается и у тех, кто имеет высокую и очень высокую степень никотиновой зависимости. Слабая степень никотиновой зависимости встречается у 27% респондентов (14 человек), очень слабая – у 22% (11 человек). Данные по степени выраженности зависимости от никотина приведены в таблице 45.

Таблица 45 – Распределение пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра по степени выраженности зависимости от никотина

Степень никотиновой зависимости	Количество человек	%
Очень слабая	11 человек	22%
Слабая	14 человек	27%
Средняя	9 человек	17%
Высокая	9 человек	17%
Очень высокая	9 человек	17%

Индекс пачка/лет у пациентов в исследуемой выборке представлен в таблице 46.

Таблица 46 – Распределение пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра по индексу пачка/лет

Индекс пачка/лет	Число человек	%
До 10.	25	48
От 11 до 20	9	17
От 21 до 30	7	14
Более 30	11	21

Известно, что индекс пачка/лет более 10 является достоверным фактором риска хронической обструктивной болезни легких (Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С. [и др.] 2003).

Уровень мотивации отказа от курения распределяется следующим образом: среднюю степень мотивации имеют 55% участников исследования (28 человек); низкую - 30% респондентов (16 человек); высокую - 15% (8 человек). Данные по уровню мотивации отказа от курения приведены в таблице 47.

Таблица 47 – Распределение пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра по уровню мотивации отказа от курения

Степень мотивации на отказ от курения	Число человек	%
Низкая	16 человек	30%
Средняя	28 человек	55%
Высокая	8 человек	15%

Количество в прошлом самостоятельных попыток пациентов бросить курить приведено в таблице 48.

Таблица 48 – Распределение пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра по количеству попыток бросить курить

Количество попыток бросить курить.	Число человек	%
Не пытались.	15	29%
1-3	24	46%
4-6	8	15%
7 и более	5	10%

Таким образом, 29% пациентов (15 человек), несмотря на многолетний стаж употребления табака, никогда не пробовали бросить курить. Большая часть (46% пациентов) предпринимала от 1 до 3 безуспешных попыток бросить курить и на этом останавливалась. Более 4 попыток бросить курить, но так и не бросивших употребление никотина, предпринимало только 25% курящих пациентов.

На стадии предобдумывания (с точки зрения транстеоретической модели изменений по Ди Клименте и Прохазка) прекращения курения в момент обследования находилось 40% участников опроса (21 человек); на стадии обдумывания - 35% (18 человек); на стадии подготовки к отказу от курения – 23% (12 человек); на стадии реальных действий, направленных на отказ от курения – 2% (1 человек) (таблица 49).

Таблица 49 – Распределение пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра по стадиям изменения

Стадия изменений	Число человек	%
Предобдумывания «Не готов»	21 человек	40%
Обдумывания «Готовлюсь измениться»	18 человек	35%
Подготовки «Планирование действий»	12 человек	23%
Действий «На старт, внимание, марш»	1 человек	2%

Эти данные можно трактовать таким образом, что 40 % курящих пациентов даже не задумываются о возможности бросить курить и, с большой степенью вероятности, воспринимают свою зависимость эго-синтонно. У 35% пациентов присутствует амбивалентное отношение к курению, когда аргументы «за» бросание курить начинают быть более значимыми, и такие пациенты становятся более восприимчивы для техник мотивационного интервью. 23% пациентов требуется больше не помощь по прояснению мотивации, а структуризация их действий по отказу от никотина, преодолению негативных убеждений о своей

беспомощности перед зависимостью, нормализацию прошлых «неудачных» попыток бросить курить и укрепление веры в собственные силы.

Отмечается, что интервенции, подобранные с учетом анализа возможностей больного, способствуют возникновению доверительных терапевтических отношений, что в конечном счете влияет на редуцирование даже негативной симптоматики (в основном – выраженности вторичных негативных расстройств).

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ВТОРОГО ЭТАПА ИССЛЕДОВАНИЯ

На втором этапе проведенного исследования была разработана и внедрена в практику персонализированная программа когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП). Персонализация программы была основана как на разработках зарубежных коллег, так и в значительной степени — на собственных разработках автора. Так, в структуру КПП были введены эмоционально-фокусированные техники, а психотерапевтические интервенции подбирались с учетом раннего неблагоприятного опыта и ранних дезадаптивных и эмоциональных схем. Также было изучено влияние данной программы на ряд клинических, социальных и психологических параметров у исследуемых пациентов.

Общая структура когнитивно-поведенческой психотерапии расстройств шизофренического спектра

Анализ современных исследований эффективности КПП эндогенных расстройств, представленных в литературных источниках, а также результаты собственного клинического опыта, позволили сформулировать следующие представления об общей структуре КПП при расстройствах шизофренического спектра и использовать их в процессе проведения данного исследования.

Для определения психотерапевтических мишеней и базовых психотерапевтических техник необходимо предварительно оценить стадию готовности больного к возможным изменениям в процессе терапии своего психического состояния, а также тяжесть имеющихся у него нарушений мышления и наличие неблагоприятного жизненного опыта, оказывающего влияние на текущие переживания.

При этом особое внимание обращается на следующие факторы:

1. Предрасполагающие (генетическая отягощенность, психологические травмы в анамнезе).
2. Провоцирующие (такие стрессоры, как сексуальные домогательства, а также обусловленные ими негативные воспоминания).
3. Вредные привычки (табак, алкоголь, наркотики).
4. Протективные (поддержка со стороны семьи и социального окружения; занятия спортом; адаптированность в рабочем или учебном коллективе).

После полного анализа состояния пациента составляется индивидуальный план психотерапии. В основе индивидуального плана психотерапии лежит согласованная с пациентом общая цель психотерапевтической работы

Необходимое для этого обобщение и структурирование информации о пациенте происходит при помощи когнитивной концептуализации. Она включает в себе факторы возникновения и поддержания текущего состояния, содержание переживаний в виде групп типичных мыслей и убеждений, паттерны эмоционального и поведенческого реагирования.

План психотерапии помогает выработать структуру и ориентировочно оценить длительность работы с конкретным пациентом, помимо этого, он помогает выработать индивидуальные критерии оценки эффективности психотерапии. В этом случае целесообразно выделять следующие психотерапевтические этапы: подготовки, терапевтический и суппортивный (поддерживающий).

Этап подготовки когнитивно-поведенческой психотерапии

На данном этапе проводятся психотерапевтические интервенции, ориентированные на активное включение больного в психотерапевтический процесс, психообразование, а также составление когнитивной концептуализации и установление терапевтического соглашения. В отношениях психотерапевта и пациента ключевую роль играет стиль их взаимодействия: сочетания исследовательской позиции с эмпатией и готовностью к сотрудничеству.

Можно указать на следующий алгоритм в реализации поставленных целей:

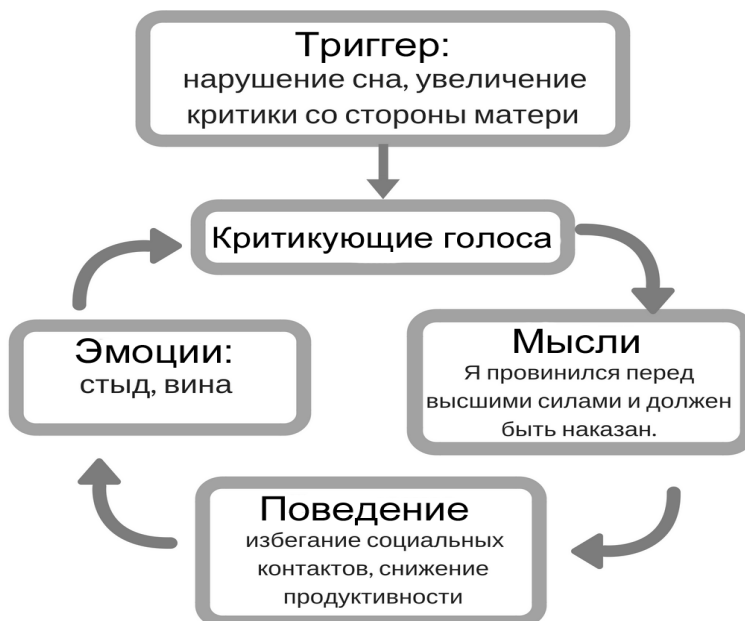
1. Включенность в работу – знакомство, формирование доверительных отношений. Существенным для этого является блок психообразования, рассматриваемый как неотъемлемая часть терапии, позволяющая предоставить основную информацию о болезненном состоянии и развить навыки совладания с трудностями, связанными с конкретным психическим расстройством (Еричев А.Н., 2005). Задачи этапа психообразования: информирование пациента об особенностях его заболевания, формирование адаптивной внутренней картины болезни, укрепление мотивации к изменениям и активному включению в процесс терапии, ослабление стигматизации и самостигматизации, обучение распознаванию признаков рецидива и навыкам совладания со специфическими симптомами расстройства.

2. Формулирование случая или составление когнитивной концептуализации - анализ ключевых событий прошлого и настоящего, связанных с возникновением и поддержанием симптомов. Например, в случае преобладания в структуре позитивной симптоматики (бредовых идей) составление концептуализации будет состоять из следующих этапов:

- 1) выявление дисфункциональных схем (негативных глубинных убеждений пациента о себе), отражающихся в содержании бреда;
- 2) изучение истории и механизма формирования убеждений;
- 3) анализ условий развития бредовых убеждений: взаимовлияния событий, переживаний и оценок;
- 4) выявление триггеров, актуализирующих бредовые идеи;
- 5) составление перечня аргументов пациента, подтверждающие бредовые идеи;
- 6) анализ актуальных стрессоров.

Такая когнитивная концептуализация помогает выявить и структурировать информацию для составления психотерапевтического плана, включающего мишени работы и конкретные интервенции для предотвращения обострений (Kingdon D., Turkington D., 2003; Beck A.T., Rector N.A., Stolar N. [et al.], 2009).

Когнитивная концептуализация, по сути, является путеводной картой для планирования психотерапии и её осуществления в процессе лечения. Как правило, в неё входят основные блоки: негативные глубинные убеждения пациента о себе, неблагоприятный жизненный опыт (приведший к формированию этих убеждений), промежуточные убеждения и компенсаторные стратегии, автоматические мысли (здесь чаще всего приводятся типичные выдержки из трех-четырёхстолбцовых таблиц, иллюстрирующих технику ABC). Для отдельных симптомов и ситуаций-триггеров составляются мини-концептуализации или поддерживающие циклы. Это связано с тем, что, во-первых, составление мини-концептуализаций является полезным, наглядно иллюстрируя пациенту как механизм поддержания болезненной симптоматики, так и возможный механизм решения проблем. Во-вторых, полноформатная когнитивная концептуализация может с трудом восприниматься пациентами с интеллектуально-мнестическим снижением или наличием выраженных проблем с концентрацией внимания, а поддерживающий цикл состоит всего из нескольких элементов, которые проще запомнить, особенно если они совместно прорисованы в тетради или на доске. На рисунке 17 приведен поддерживающий цикл для слуховых галлюцинаций у конкретного пациента:



Поддерживающий цикл галлюцинаций

Рисунок 17 – Поддерживающий цикл галлюцинаций

Итог этапа подготовки – достижение с пациентом соглашения о конкретных приоритетных целях интервенций и заключение психотерапевтического контракта.

Терапевтический этап когнитивно-поведенческой психотерапии

Основной целью КПП для пациентов с позитивной симптоматикой шизофрении является реструктуризация болезненной связи между симптомами и иррациональными убеждениями больного (Beck A.T., Rector N.A., Stolar N., [et al.], 2009). Такие психотерапевтические интервенции возможны также при депрессивно-деперсонализационных и астено-депрессивных проявлениях в структуре шизотипического расстройства.

Приведем клинический пример № 3.

Сергей, 30 лет. 8 лет болен параноидной шизофренией. На момент описываемых событий сохраняется избегающее поведение (старается не выходить из дома, в дневной стационар приезжает только с родственниками), так как уверен, что окружающие враждебно к нему настроены. Один из поводов для беспокойства когнитивно-поведенческой терапии – выход из подъезда или возвращение домой, так как перед подъездом достаточно часто находится компания молодежи, которая (как считает больной) знает о его «лузерстве и провалах на работе и будет обижать».

Вырос в семье, которую составлял холодный отец, занимавший краевое положение и мало обеспечивающий эмоциональную поддержку, а когда Ивану исполнилось 11 лет, – вовсе ушедший из семьи, и мать с высоким уровнем критики (а в детстве Ивана – нередким рукоприкладством). Уже в раннем детстве у пациента сформировалось восприятие себя (таков генез формирования негативных глубинных убеждений о себе) как дефектного и слабого. Подобное восприятие себя усилилось с момента начала заболевания, когда пациенту пришлось уйти с более квалифицированной работы. Во время очередного обострения на работе произошел производственный конфликт с другими членами

коллектива, когда они заявили, что пациент не справляется со своими обязанностями, и обвинили его в халатности. После этого у Ивана сформировалось убеждение, что коллеги его преследуют, распространяют о нем негативную информацию, оставляют знаки на двери. Постепенно он включил в эту концепцию «преследования» и людей, сидящих на лавочке у подъезда. В связи с этим он, проходя мимо лавочек, ускорял шаг, смотрел прямо перед собой, надевал наушники и громко включал музыку. Этим, как считал пациент, он снижает вероятность вербальной агрессии.

Психотерапевт начал работу с формирования рабочего альянса и создания атмосферы безопасности, а затем перешел к пошаговому исследованию появления негативных убеждений о себе и выявления бредовой концепции, а также избегающего поведения, существующего в прошлом и на момент совместной работы, пациента. Также ему было предложено работать не с бредом (что, с большой степенью вероятности, вызвало бы ухудшение контакта), а с чувством тревоги и подозрительностью. Эти переживания во время совместного обсуждения были выделены как избыточные и снижающие качество жизни. Пациент начал вести дневники эмоций (техника ABC), где отмечались основные изменения настроения за день (как в позитивную, так и в негативную сторону), а также то, что им предшествовало из событий и какова мыслительная оценка этих ситуаций (вначале просто отмечал изменение эмоций, потом — в какой момент происходило это изменение, а уже затем учился определять сопровождающие это изменение мысли). В процессе комплексного лечения, включавшего терапевтические дозы нейролептиков, постепенно происходила не только редукция болезненной симптоматики, но и снижение веры в негативные глубинные убеждения о себе (сформированные задолго до появления клинической картины заболевания), а также улучшалось совладание с тревогой и подозрительностью.

Для осуществления вмешательства используется широкий спектр техник (Kingdon D., Turkington D., John C., 1994; Freeman D., Garety P., 2006; Beck A.T., Rector N.A., Stolar N. [et al.], 2009), описанных ниже.

Методика ABC

Осваивая когнитивную модель, пациенты развивают навык:

- 1) дифференцирования ситуации-триггера “А”;
- 2) интерпретации или автоматической оценки (зачастую искаженной) этой ситуации - “В”;
- 3) эмоционального и поведенческого реагирования в ответ на интерпретацию - “С”.

Каждое убеждение пациент раскладывает на эти составляющие и заносит их в специальную таблицу, после чего рассматривает положительное и негативное влияние убеждения на эмоции и поведение.

Рассмотрение аргументов “за” и “против”

Данная техника используется для помощи пациенту в поиске альтернативных взглядов на его интерпретацию для более реалистичной оценки. Пациент вместе с терапевтом подбирает доказательства и “за”, и “против” его мысли и в итоге формулирует более реалистичную интерпретацию. Психотерапевту важно сочетать терпеливость и настойчивость в модерировании процесса проверки пациентом реалистичности мыслей. Нередко для развития навыка подбора доказательств необходимо несколько сессий и разные домашние задания. Для оценки прогресса и выбора убеждения-мишени необходимо определить изначальный процент убежденности в каждом убеждении. В дальнейшем производят периодическую оценку степени убежденности, фиксируя это для наглядности вместе с пациентом.

Взгляд под другим углом. Эта техника может быть этапом методики подбора аргументов “за” и “против”, а может использоваться отдельно. Суть техники сводится к тому, что пациенту предлагают представить себя на месте другого человека (лучше всего выбирать того, с кем у него доверительные

отношения) и рассмотреть таким образом свое убеждение с другого ракурса. Такая метакогнитивная позиция позволяет эффективнее оценить рациональность мысли.

Работа с целями и ценностями в когнитивно-поведенческом подходе

Когнитивно-поведенческий подход ориентирован на рост компетенции пациента и фокусируется как на улучшении текущего совладания с жизнью, так и на развитие навыков (в том числе решения проблем). Ценностно-ориентированные интервенции занимают в структуре КПП свое важное место. В структуру подхода включают осознание и движение пациента к собственным целям и ценностям. Помимо того, что в самом начале терапии формулируются и записываются личные цели пациента (то, чего он хочет достичь с помощью психотерапии), в рамках основного курса происходит неоднократное возвращаются к ценностям.

Приведем типичные примеры ценностей:

- Креативность, любознательность, рассудительность, открытость, стремление учиться, мудрость.
- Храбрость, настойчивость, честность.
- Способность любить и быть любимым, доброта, социальная вовлеченность.
- Умение работать в команде, справедливость, лидерство.
- Прощение, скромность, аккуратность, самоконтроль.
- Признательность, благодарность.
- Надежда, оптимизм.
- Юмор и способность включаться в игровые виды деятельности.

В виде одного из домашних заданий пациенту рекомендуется перечислить все свои ценности в виде списка. Для облегчения задания на руки может выдаваться перечень наиболее распространенных ценностей, характерных для других людей (подобный прототип приведен выше). Затем пациента просят перечислить (также в виде списка) все свои сильные качества и значимые

достижения, а если ему сложно, то психотерапевт активно оказывает в этом помощь, так как пациентам, страдающим расстройствами шизофренического спектра, бывает сложно видеть в себе и своем жизненном пути хоть какие-то позитивные моменты. Пациенту объясняется идея, что фокусирование на позитивных сторонах, подобно описанному в задании, позволяет ему развить способность совладать с трудностями, которые являются неотъемлемыми элементами жизни.

Таким же путем составляется список удачных стратегий совладания, которыми пациент пользовался в прошлом или овладел во время занятий с психотерапевтом. Данный список копинг-стратегий в последующем подлежит пересмотру и расширению.

Еще один элемент работы с целями и ценностями – это создание перечня личных ресурсов или способов поддержки, которые имеет пациент. Достаточно часто в результате такого задания важными фигурами оказываются семья, друзья, медицинский персонал.

Чаще всего подобные упражнения начинают прорабатывать во время сессии, а дома пациента просят снова вернуться к записанному и дополнить, а также регулярно перечитывать свои записи.

Реструктуризация типичных дисфункциональных мыслей или когнитивных искажений

Некоторые паттерны иррационального мышления негативно влияют на настроение и подкрепляют дисфункциональные убеждения пациента. Такими искажениями мышления являются, например, свехгенерализация у депрессивных пациентов или катастрофизация, часто встречающаяся у тревожных людей.

Типичными искажениями мышления при шизофрении (Beck A.T., Alford V.A., 2009), являются:

- эгоцентрическое искажение – пациент считает себя причиной происходящих событий;
- экстернальное искажение – пациент считает, что причиной его внутренних переживаний и ощущений являются внешние силы;
- искаженное восприятие намерений, приписывание недружелюбности и агрессивных намерений другим людям.

Реструктуризация дисфункциональных когнитивных схем

Реструктуризация дисфункциональных когнитивных схем применяется в случае подкрепления схемами дисфункциональных убеждений пациента. Анализируя результаты использования различных техник для работы с негативными убеждениями пациентом, можно выделить методику подбора аргументов “за” и “против” в качестве основной и наиболее эффективной.

Отдельно можно выделить использование экспериенциальных (основанных на эмоциональном опыте) техник с больными, страдающими расстройствами шизофренического спектра. Среди специалистов до сих пор обсуждается вопрос безопасности использования подобных методик для больных шизофренией, но есть отдельные работы (Morrison A., 2004; Serruya G., Grant P., 2009; Mankiewicz P.D., Turner C., 2014; Kayrouz R., Vrkleviski L.P., 2015), которые показывают, что при правильном использовании подобные техники позволяют реструктурировать травматические воспоминания и, таким образом, усиливают ощущение безопасности и защищенности. По нашему опыту, использование экспериенциальных техник, особенно рескриптинга, помогало улучшить прогресс в тех случаях, когда у пациента была прямая связь между стрессовым событием в прошлом (например, ситуации буллинга в школе, физического насилия в родительской семье) и её отражение в клинической картине в настоящем. Более подробно обоснование использования техники рескриптинга и клинический пример изложены ниже.

Рескриптинг в воображении

В последние десятилетия появился целый ряд публикаций, посвященных эффективности применения методики «рескриптинга в воображении» уже не только при психотерапии ПТСР, но и при психотерапии ряда других тревожных расстройств (Wild J., Hackmann A., Clark D.M., 2008; Wild J., Clark D.M., 2011), а также при расстройствах настроения (Brewin C.R., Wheatley J., Patel T. [et al], 2009) и пищевого поведения (Cooper M.J., Todd G., Turner H., 2007).

R. Ison и коллеги, основываясь на информации о частой встречаемости слуховых галлюцинаций у лиц с тяжёлым течением ПТСР (Anketell C., Dorahy M.J., Curran D., 2011), а также большой частоте (25% случаев) у пациентов с психозом психопатологической симптоматики, формально соответствующей критериям ПТСР, указывают на необходимость проведения специальных исследований, посвященных использованию рескриптинга в воображении у лиц, которые слышат голоса (Ison R., Medoro L., Keen N. [et al.], 2014).

В связи с тем, что рескриптинг в воображении был многократно признан эффективным методом снижения дистресса для людей с эмоциональными расстройствами, признаки которых так же часто обнаруживаются у пациентов со слуховыми галлюцинациями, некоторые авторы (Freeman D., Garety P.A., 2003; Huppert J.D., Smith T.E., Apfeldorf W.J., 2002) считают логичным использование рескриптинга в воображении в структуре психотерапии индивидуумов, страдающих расстройствами шизофренического спектра и, в частности, со слуховыми галлюцинациями. Такая трактовка обосновывается авторами тем, что испытываемый этими пациентами психологический дистресс во многом связан с образами и/или воспоминаниями, детерминированными «голосами», а также часто повторяющимися (до 75%) интрузивными образами, связанными с бредовыми идеями.

Между тем, исследований, касающихся использования рескриптинга в воображении при психотерапии психотических пациентов, почти не проводилось, что получило отражение в очень немногочисленных публикациях (Ison R., Medoro

L., Keen N. [et al.], 2014). Это четыре исследования одиночных психотических случаев (Morrison A., 2004; Serruya G., Grant P., 2009; Mankiewicz P.D., Turner C., 2014; Kayrouz R., Vrkleviski L.P., 2015), два исследования, посвященных рескриптингу в воображении у пациентов с бредом преследования (Morrison A.P., Beck. A.T., Glentworth D. [et. al], 2002; Schulze K., Freeman D., Green C. [et. al], 2013), и одно – эффективности одиночного сеанса рескриптинга у психотических пациентов со слуховыми галлюцинациями (Anketell C., Dorahy M. J., Curran D., 2010).

В работе А. Morrison (Morrison A., 2004) рассматривается влияние образов на развитие и поддержание психотических симптомов (в частности, галлюцинаций и иллюзий), а также описываются такие результаты практического применения рескриптинга (на выборке пациентов с бредом преследования), как уменьшение дистресса и убежденности в подобных идеях (для чего использовались сравнительные данные, полученные с помощью стандартизированной шкалы PSYRATS).

В исследовании G. Serruya и P. Grant подробно рассматривается случай, демонстрирующий эффект когнитивно-поведенческой терапии, с фокусом на рескриптинге в воображении на примере 25-летнего пациента с диагнозом параноидная шизофрения (сохраняющийся паранойяльный бред, не корректируемый фармакотерапией на протяжении 6 месяцев лечения). По данным исследователей, в конце периода наблюдения (после курса когнитивно-поведенческой терапии) бредовые убеждения пациента снизились до минимума, а проявления негативной симптоматики были значительно компенсированы (Serruya G., Grant P., 2009).

Другое исследование клинического случая, проведенное R. Kayrouz и L.P. Vrkleviski, описывает пример проведения 19 сеансов травма-фокусированной когнитивно-поведенческой психотерапии (TF-CBT). Психотерапевтический подход включал в себя техники рескриптинга в воображении, проведенные в системе реабилитационной программы для пациента (с диагнозом шизофрения), оказавшегося в стационаре по решению суда за убийство собственной матери

(Kayrouz R., Vrkleviski L.P., 2015). Исследователи привлекают внимание к проблеме того, как психотические симптомы способны маскировать симптомы психологической травмы, что приводит к неправильной постановке целей психотерапии, проводимой в рамках судебного стационара. По их данным, по завершении терапии у данного пациента было выявлено снижение симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (по шкалам IES-R и TABS), депрессии, тревоги и состояния стресса (по шкале DASS).

P.D. Mankiewicz и C. Turner описывают успешные результаты проведения 16 сеансов СВТр терапии для мужчины 40-лет с диагнозом параноидной шизофрении и сопутствующей высокой тревожностью (Mankiewicz P.D., Turner C., 2014). Использование методик рескриптинга в воображении и поведенческих экспериментов применительно к «сглаживанию» параноидных оценок слуховых галлюцинаций, по данным стандартных измерений и субъективной оценке, позволило значительно снизить уровень паранояльности и общей тревожности пациента, а также и повысить его психологическое функционирование и качество жизни.

A.P. Morrison и коллеги в своём исследовании обоснованно предполагают возможную схожесть роли визуальных образов как феноменов, фундирующихся эмоциональными расстройствами и одновременно (по принципу порочного круга) поддерживающих как их, так и галлюцинации и бредовые идеи (Morrison A.P., Beck. A.T., Glentworth D. [et. al], 2002). В этой работе исследователями, с помощью проведения полуструктурированного интервью, изучалось появление, роль и содержание визуальных образов у получающих когнитивную терапию 35 пациентов, испытывающих галлюцинации и/или бредовые идеи. По данным авторов, значительное количество пациентов (74,3%) сообщили о визуальных образах, которые у большинства проявлялись регулярно и ассоциировались с определенными чувствами, убеждениями и воспоминаниями. Общие темы образов включали в себя: изображения катастроф (тематически связанных с паранояльными установками), травматические воспоминания и образы, описывающие воспринимаемый источник голосов или их содержание.

Целью же исследования К. Schulze и коллег стало изучение навязчивых ментальных образов у людей с бредом преследования (Schulze K., Freeman D., Green C. [et. al], 2009). По результатам бесед с 40 пациентами с бредом преследования было установлено, что 73% (n = 29) пациентов регулярно испытывали появление вторгающихся образов, связанных с бредовой картиной. Таким образом, авторам удалось сделать выводы о широком распространении интрузивных образов у пациентов с бредом преследования и их способности способствовать возникновению параноидальных переживаний, что косвенно указывает на принципиальную возможность применять методику рескриптинга на данной выборке больных.

С. Anketell, M.J. Dorahy и D. Curran в своем первом такого рода исследовании, посвященном определению эффективности одиночного сеанса рескриптинга в воображении для психотических пациентов со слуховыми галлюцинациями, описывают обнадеживающие результаты использования данной техники (Anketell C., Dorahy M.J., Curran D., 2010). Результаты изучения небольшой группы показали, что даже единичный сеанс рескриптинга показывает себя как эффективный метод работы с интрузивными образами, а также способствует уменьшению у психотических пациентов общего дистресса, выраженности негативного аффекта и инкапсулированных убеждений, включая усиление контроля (для трех из четырех участников, с удержанием эффекта на 1-месячном контроле). Однако при этом исследователи не отмечают изменений в выраженности самих продуктивных психотических симптомов.

Упрощенно структура рескриптинга выглядит следующим образом: а) создание у пациента аффективного моста между текущим переживанием и травматичным событием в прошлом; б) формирование у него в воображении возврата в прошлое (за некоторое время до стрессового события); в) воссоздание (с детализацией переживаний с включением разных анализаторов) картины событий; г) введение, при переходе собственно к стрессовому событию, защищающей фигуры (сам пациент во взрослом возрасте, брат, тренер по самбо и т.п.), которая позволяет удовлетворить базовые потребности в безопасности

(принятии); д) «переписывание» сценария; закрепление позитивных переживаний.

Показанием к применению данной техники можно считать наличие в клинической картине переживаний, связанных с психотравмирующими событиями в прошлом. Причем это могут не обязательно быть события детства или подросткового возраста. В отдельных случаях это могут быть травматические переживания активного болезненного периода, которые могут инкапсулироваться и «подпитывать» болезненную симптоматику.

По нашему опыту, использование рескриптинга в воображении в структуре когнитивно-поведенческой психотерапии в ряде случаев даёт выраженный позитивный эффект.

Для большей наглядности рассмотрим клинический пример.

Клинический пример № 1.

Мария 27 лет. Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения.

Жалобы на избегание социальных контактов, негативное отношение к ней со стороны незнакомых людей («насмеваются, считают душой») и связанный с этим высокий уровень тревоги в социальных ситуациях. Причиной, по которой над ней насмеваются, считает свое нелепое поведение на концерте около полугода назад: «все запомнили и теперь меня эмоционально уничтожают».

Уже в период обучения в школе отмечала снижение слуха и фиксацию на этом. Факт снижения слуха был подтвержден оториноларингологом (в настоящий момент использует слуховой аппарат). Со старших классов школы переживала, что учительница во время уроков английского языка будет «ставить пленки» для аудирования, а пациентка не сможет услышать, будет переспрашивать, что вызовет смех у одноклассников. На первом курсе обучения в ВУЗЕ неоднократно становилась предметом насмешек однокурсников, но не по поводу, связанному с плохим слухом. В результате усилилась тревога, начали появляться обрывочные сенситивные идеи отношения.

Первый эпизод как мишень для техники рескриптинга в воображении. Во время одного из перерывов однокурсник, который был основным заводилой в «травле» других, позвал пациентку и еще нескольких сокурсников, показал им

видео на телефоне. Видео было снято им во время семинара и запечатлело сокурсника, бормотавшего что-то. Так как видео воспроизводилось через мобильный телефон в шумном помещении, то качество звука оставляло желать лучшего. Мария не расслышала слова и очень испугалась, что теперь не однокурсник, а она станет предметом насмешек. Микрогруппа активно смеялась, Марию спросили, понравилось ли ей видео, она растерялась и на фоне высокой тревоги ответила невпопад. В этот момент в её адрес не было прицельных насмешек, но мысленно она постоянно возвращалась к данной теме. Стала избегать контактов с этой группой однокурсников, что провоцировало шутки с их стороны. Этот эпизод можно отнести к преморбидному периоду жизни пациентки. Рескриптинг в воображении делался и для этого случая, но более детальное описание техники мы приведем далее.

Второй эпизод как мишень для техники рескриптинга в воображении. Во время активного болезненного процесса (протекавшего без лечения 7 лет) Марии нравилось творчество одной популярной поп-группы, она регулярно прослушивала её песни, следила за успехами. Данная поп-группа должна была приехать с концертами в Россию и мама Марии (зная о её увлечении) купила билет и фотосессию (после концерта) с исполнителями. Мария с нетерпением ждала концерта, много об этом думала, в результате чего переживание предстоящего концертного мероприятия приобрело сверхценный характер. На концерт Мария пошла одна в состоянии смешанного чувства экзальтированной радости и некоторой тревожности. Во время концерта она испытывала значительное эмоциональное напряжение и возбуждение. После концерта для фотосессии с исполнителями выстроилась очередь «счастливиц», заранее оплативших совместное фото. Сама фотосессия представляла собой отлаженный процесс, когда зритель поднимается на небольшой подиум с позирующими звездами, делается пара фотографий на фотоаппарат (или телефон зрителя) и через несколько секунд на подиум поднимается следующий зритель. Очередь желающих была значительной и когда приблизился черед Марии, обслуживающий персонал, обеспечивающий порядок проведения фотосессии,

начал ускорять этот процесс, в том числе отказывая в повторном фотографировании (если первичный кадр оказался неудачным). На этом фоне Мария вышла на подиум к исполнителям и была сфотографирована в момент, когда она зажмурилась от яркого света. Её настойчивая просьба перефотографироваться была проигнорирована обслуживающим персоналом, несмотря на то, что она продолжала оставаться на сцене, не давая тем самым подняться на неё следующему человеку. В результате со сцены её вывела охрана мероприятия (со слов Марии – достаточно грубо) под общий смех музыкантов и посетителей. Дифференцированно рассмотреть фактологию и болезненные переживания в данном случае не представляется возможным, но для целей психотерапии это не играет значительной роли, так как несомненным остается следующее: пациентка верит своим эмоционально заряженным воспоминаниям. После описанного события произошло усиление продуктивной симптоматики (пациентке стало казаться, что все люди в городе знают о её конфузе и т.п., быстроросло избегающее поведение, что привело к социальной изоляции). Несмотря на прием терапевтических доз нейролептиков, приведший к значительной редукции позитивной симптоматики, сохранялось избегающее поведение и вера в конкретное переживание «казуса» в концертном зале и последующего (в течение некоторого времени) её осмеяние окружающими людьми, что сочеталось с появлением достаточно высокой критики в отношении других (сенситивных идей отношения в адрес бывших коллег по работе, негативной симптоматики) болезненных проявлений.

Структурированная когнитивно-поведенческая психотерапия в целом давала позитивные результаты, но попытки работы с редуцированными бредовыми переживаниями острого периода заболевания не увенчались успехом (использовались техники разделения себя и болезни, то есть попытка перевести болезненные переживания из эгосинтонных в эгодистонные).

Рескриптинг проводился в несколько этапов (для того, чтобы сделать продвижение более понятным и, благодаря этому, менее тревожным для пациентки).

На первом (подготовительном) этапе психотерапевт рассказал про технику рескриптинга в воображении: для чего она нужна, какие этапы техники существуют и каковы задачи каждого этапа. Затем пациентку попросили описать последовательность событий значимого для неё дня посещения концерта любимой группы (без эмоционального погружения). Вместе с Марией психотерапевт выявил у неё наличие базовой потребности, которая была не удовлетворена ни в момент стрессогенного для неё переживания, ни в последующем: потребность в безопасности. Затем врач спросил у Марии, кто мог бы её защитить и помочь справиться с ситуацией во время фотосессии. Так как Мария затруднилась с ответом, ей были предложены следующие варианты: она сама в более здоровом состоянии либо мама, отец, психотерапевт. Пациентка остановила свой выбор на маме как на наиболее заботящейся о ней фигуре и в то же время теоретически способной успешно справиться с подобной ситуацией. Психотерапевт также уточнил примерный порядок действий мамы: в какой именно момент она должна была появиться, что примерно ей стоило бы сделать и т.д. Затем специалист уточнил, что Марии хотелось бы сделать вместе с мамой после того, как с её помощью все успешно бы закончилось, чтобы усилить и закрепить позитивные переживания.

На втором этапе (следующая сессия) психотерапевт попросил Марию детально вспомнить все события, предшествовавшие фотосессии, а именно — место, погоду, во что она была одета, что она чувствовала в процессе концерта, кто был рядом, какая была освещенность и т.п. Пациентке было предложено закрыть глаза или зафиксировать взгляд на какой-либо точке, чтобы ей проще было визуализировать и меньше отвлекаться на внешние события. Мария предпочла выполнение техники с закрытыми глазами. Психотерапевт попросил представить тот день до концерта, с максимальным погружением в ситуацию. Использовалось описание от первого лица:

П. Мария, представьте себе, как вы собираетесь на концерт. Одеваетесь, делаете причёску. В чем вы одеты?

М. Я была одета в черные джинсы и светлую блузку.

П. Попрошу вас максимально ярко представлять все, о чем мы говорим. Итак, вы готовитесь к концерту.

М. Да, я долго выбираю, что мне надеть, волнуюсь, чтобы выглядеть хорошо.

П. Это приятное волнение?

М. Да, приятное, я так долго ждала этого события! Я одеваюсь и долго стою перед зеркалом, поправляя прическу. А затем выхожу из дома. Начинается концерт.

П. Мария, пожалуйста, не спешите. Вы выходите из дома и какая погода, что вы видите, слышите и чувствуете (психотерапевт стимулирует большее погружение в ситуацию, это необходимо для успешного проведения техники)?

М. На улице солнечно, я чувствую тепло от солнечных лучей на левой щеке. Зелень яркая, еще на улице много народа, я смотрю на людей, пока жду такси. Слышу звук проезжающего трамвая, потом слышу, как машина сигналиит. Моя машина долго не едет, я вызвала её через мобильное приложение и начинаю волноваться. Всё время смотрю на экран мобильного и по сторонам.

П. О чем вы думаете в этот момент?

М. Я опоздаю на концерт и все пойдёт насмарку, а я так долго ждала этого события! И вот такси приходит и уже через 15 минут я на месте.

.... В последующем психотерапевт также помогает Марии вспомнить события уже собственно концерта. Опишем собственно «переписывание сценария» события.

П. Очередь для фотосессии приближается к вам, что вы видите, слышите и чувствуете?

М. Этот человек в черной футболке объявляет, что исполнителям уже нужно уезжать и нужно поторопиться с фотографированием. Я сильно волнуюсь, думаю, неужели мне так и не удастся сфотографироваться, начинаю покусывать губу и сжимать телефон в руке.

П. Что происходит дальше?

М. Мне говорят, чтобы я шла на подиум, наступила моя очередь. Мне очень-очень тревожно.

П. И ...

М. Вот я вышла.

П. Выхожу (возвращает к рассказу, как о текущем моменте, а не прошлом событии).

М. Да я выхожу и отдаю свой телефон, чтобы он меня сфотографировал. Свет бьёт мне в лицо, я жмурюсь и мне говорят, что пора уходить, мое время кончилось. Мне очень плохо, я смотрю на экран телефона и вижу, что я с закрытыми глазами и закушенной губой. Это ужасно. Я пытаюсь прорваться обратно и перефотографироваться, но меня грубо не пускают. Я начинаю плакать.

П. Мария, пожалуйста, замедлитесь в представлении этого события. Теперь представьте, что там появляется ваша мама (голос психотерапевта становится более теплым, заботливым), она подходит к вам, обнимает за плечи и спрашивает, что случилось. И вы сквозь слезы начинаете рассказывать о произошедшем.

М. Да, я ей все рассказываю и мне становится немного легче, что она рядом.

П. После этого мама подходит к организаторам и спокойным, но строгим тоном уточняет, почему они так поступили с её дочкой и настаивает на том, чтобы вам дали еще одну возможность. Вы фотографируетесь и что вы чувствуете в этот момент?

М. Я думаю, что это круто, теперь моя мечта реализовалась. Я еще немного опасаюсь, что ко мне слишком много внимания со стороны очереди, но уже намного меньше.

П. Теперь, когда все закончилось и у вас есть замечательное памятное фото, вы идете вместе с мамой в кафе, и что вы себе заказываете?

Дальше идет закрепление позитивных переживаний в безопасной атмосфере. После чего психотерапевт просит открыть глаза и поделиться переживаниями.

Для создания безопасной атмосферы во время сеанса, а также перед использованием рескриптинга в воображении может использоваться упражнение «безопасное место». Пациента просят вспомнить то место в своей жизни, которое наиболее прочно ассоциируется с атмосферой безопасности и защищенности. Это могут быть реальные места из прошлого или настоящего (комната в детстве, чердак у бабушки в доме), а также (в случае, если пациент не может вспомнить

такое место, что нередко наблюдается у лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра) воображаемые места, где бы он мог себя чувствовать в безопасности. После того, как пациент вспомнит или вообразит такое место, его просят закрыть глаза и на несколько минут погрузиться в воспоминания (воображение), связанные с этим местом. Обычно человека просят представить, что он находится там; уточняют, что он видит, слышит, чувствует, делая упор при этом на нарастание ощущения безопасности и защищенности. Подобное упражнение занимает несколько минут и может повторяться на каждой сессии и/или перед выполнением рескриптинга в воображении. На последующих сессиях используется минимум инструкций: «А сейчас мы вновь сделаем технику «безопасное место». Вы представите себе, что находитесь там, а я несколько минут помолчу, чтобы не мешать Вам концентрироваться». С помощью техники «безопасного места» у пациента активируются переживания и ассоциации, связанные с комфортом, защищенностью, что способствует более продуктивной психотерапевтической работе.

Поведенческие эксперименты

Помимо когнитивных техник, в терапии больных эндогенными расстройствами используются и поведенческие методики, направленные на проверку реальностью изначальных и переформулированных убеждений пациента. Вначале вместе с пациентом определяется гипотеза, которая нуждается в проверке, затем формируется собственно дизайн поведенческого эксперимента. После этого подготовительного этапа происходит собственно реализация поведенческого эксперимента, в процессе которого (реже - позже) пациент оценивает заданный параметр.

Результаты поведенческого эксперимента подвергаются пристальному совместному анализу во время психотерапевтической сессии. Заключительный этап является очень важным, так как достаточно часто даже при правильно выполненной технике пациент неправильно интерпретирует результат (в силу

особенностей мышления). Сопоставление точек зрения и результатов шкалирования позволяют скорректировать взгляд клиента на проблему.

Приведем пример: В ходе терапии выясняется, что пациент при поездках в метро стоит в углу, отвернувшись от других пассажиров, потому что считает, что они все обращают на него внимание, оценивают его негативно и это невыносимо. Поведенческий эксперимент в данном случае состоял в том, чтобы при очередной поездке в метро пациент сел на свободное место и читал книгу, периодически обводя взглядом вагон, отмечая при этом, какое количество людей смотрит на него и насколько невыносима для него эта ситуация (по 100 бальной шкале). Пациент смог выполнить задание со второго раза. Первый раз он пришел на сессию и сообщил, что не смог выполнить задание в связи с сильным страхом; психотерапевт поддержал его, сказав, что испытывать страх перед новым шагом – это абсолютно нормально; после чего была проведена небольшая поведенческая репетиция в кабинете. Со второй попытки пациент смог провести поведенческий эксперимент, но сообщил, что «у него почти ничего не получилось, так как он смог оглядеть вагон только один раз, люди на меня вообще не смотрели, но степень непереносимости была около 60 %». Психотерапевт вновь поддержал пациента, сообщив, что тот полностью выполнил домашнее задание. Затем они вместе остановились на анализе «непереносимости», проанализировали самые непереносимые ситуации из жизни и запланировали следующий поведенческий эксперимент (посути используя уже элементы экспозиции к пугающей ситуации для закрепления результата).

Работа с негативными глубинными убеждениями о себе

В структуре КПП особое внимание уделяется работе с негативными глубинными убеждениями о себе. Считается, что подобные убеждения формируются чаще в детстве под воздействием неблагоприятных событий, из которых ребенок делает более глобальные выводы о себе. Выделяют три типа таких убеждений: «Я дефектный», «Я слабый-беспомощный» и «Я нелюбим».

Негативные глубинные убеждения могут большую часть времени находиться в неактивном состоянии у одних людей, провоцируясь только серьезными стрессовыми событиями, в то же время у других людей они могут быть активны значительную часть времени и приводить к существенному дистрессу. Вначале пациенту необходимо объяснить в психообразовательном ключе, что глубинные убеждения — это всего лишь мысли, существующие длительное время, а не факт объективной реальности. Но, несмотря на это, негативные глубинные убеждения воспринимаются самим человеком как правдивые, хотя это может не соответствовать реальности. Например, человек, который в школе систематически подвергался травле со стороны одноклассников и, на тот момент, не имел ресурсов справиться со стрессовой ситуацией, может думать о себе как о слабом и беспомощном во взрослой жизни, но это не значит, что он и в зрелые годы слаб и беспомощен. После психообразовательного компонента переходят к идентификации глубинных убеждений у пациента. Задача упрощается тем, что к данному этапу терапии с пациентом уже обычно составляется и обсуждается когнитивная концептуализация, в которой фиксируются и глубинные убеждения. Пациента просят выписать свои глубинные убеждения/убеждение и понемногу начинают их «раскачивать». Для этого могут использоваться экспериенциальные техники (описаны выше), бланки работы с глубинными убеждениями, техники «за» и «против» для глубинного убеждения и многие другие. Для психотерапевтов (как и для пациентов), работающих с данной мишенью, необходимо помнить, что глубинные убеждения обычно обладают значительной устойчивостью и необходимо иметь адекватные ожидания от возможной скорости наступления эффекта. Игнорирование данного факта может приводить к деморализации как психотерапевта, так и пациента.

Отдельными блоками в структуре основного этапа КПП являются работа с негативной симптоматикой и слуховыми галлюцинациями. На этих вопросах мы подробнее остановимся ниже.

Работа с негативной симптоматикой

В настоящее время редукция негативной симптоматики – одна из наименее разработанных областей психиатрии, а что касается использования при них психотерапии, то многие авторы высказывают скептическое отношение о её эффективности при этих состояниях. Сказанное делает необходимым дальнейший поиск психотерапевтических возможностей при лечении больных с негативной симптоматикой, а при разработке психотерапевтических программ — модификацию имеющихся методов КПП и, в частности, учета реальных возможностей пациентов, в том числе и когнитивных. Когнитивной мишенью психотерапии в этом случае становятся вторичные негативные симптомы.

Модель дисфункциональных убеждений, которая определяет мишени работы, развивалась благодаря преимущественно британской психиатрии и для отечественной науки и практики некоторые разработки являются относительно новыми.

Важным аспектом психотерапевтической работы является долгосрочное сотрудничество психотерапевта с больным и членами его семьи, которое включает психообразование, информирование о сроках и процессе лечения и восстановления, коррекцию нереалистичных представлений о скорости психотерапевтической работы и результатах (например, об устройстве на работу, самостоятельном проживании без родителей и т.д.).

При этом целесообразно продумывать промежуточные цели на каждом этапе терапии и четкие шаги по пути её реализации, которые можно осуществить в относительно быстрые сроки (так как мотивация больных шизофренией недостаточно устойчива и, как правило, имеет временное и пространственное ограничение). Такие цели мотивируют и помогают выделить промежуточные цели и шаги для их достижения. В случае трудностей на этапе краткосрочных целей необходимо разобрать трудности, скорректировать план лечения и, в некоторых случаях, переопределить цели на более реалистичные или короткие.

После прохождения промежуточных шагов пациент самостоятельно ставит перед собой более сложные цели.

Работа со слуховыми галлюцинациями

Слуховые галлюцинации являются часто встречающимся симптомом шизофрении. По некоторым данным, они присутствуют у 50% пациентов уже в первом психотическом эпизоде, не всегда быстро и полностью редуцируясь даже при приеме антипсихотиков (Zanello A., Mohr S., Merlo M.C. [et. al], 2014). Присутствие слуховых галлюцинаций может приводить к снижению настроения и самооценки, ухудшению комплайенса, снижению мотивации к деятельности, социальной изоляции, самоповреждающему поведению или поведению, опасному для других (Shawyer F., Mackinnon A., Farhall J. [et. al], 2003; Wykes T., Hayward P., Thomas N. [et. al], 2005; Smith B., Fowler D.G., Freeman D. [et. al], 2006).

Отдельные исследования ставят под сомнение эффективность КПП для купирования общих симптомов шизофрении (Jones C., Hacker D., Cormac I. [et. al], 2011; Jauhar S., McKenna P.J., Radua J. [et. al], 2014; McKenna P., Kingdon D., 2014). Так, например, систематический обзор, проведённый С. Jones, обнаружил отсутствие существенной разницы в эффективности КПП (по сравнению с психосоциальными вмешательствами) в отношении как улучшения психического состояния пациентов, так и предотвращения рецидива заболевания или повторной госпитализации (Jones C., Hacker D., Cormac I. [et. al], 2011).

В то же время в недавнем отчете N. Thomas для Международного консорциума указывается, что психологическая терапия может быть широко эффективна для коррекции бредовой симптоматики, но её эффективность при слуховых галлюцинациях остается недоказанной, в связи с чем требуется больше исследований для понимания целесообразности применения этого вида терапии при работе с пациентами со слуховыми галлюцинациями (Thomas N., Hayward M., Peters E. [et. al], 2014).

Наконец, в систематическом обзоре L. Kennedy и A. Хуричис была

рассмотрена гипотеза о превосходстве КПП (по сравнению с неспециализированной психологической терапией) для снижения слуховых галлюцинаций у пациентов с шизофренией (Kennedy L., Xyrichis A., 2017). Этот вывод был сделан на основе анализа работ D.L. Penn (Penn D.L., Meyer P.S., Evans E. [et. al], 2009) и F. Shawyer (Shawyer F., Farhall J., Mackinnon A. [et. al], 2012), которые представляют собой отдельные рандомизированные контролируемые исследования с общим размером выборки в 105 человек, находившихся в фазе ремиссии и набранных в амбулаторных службах. В обоих исследованиях было предложено вмешательство, которое включало методы КПП. Результаты эффективности вмешательства оценивались с помощью шкалы оценки позитивных и негативных синдромов PANSS (Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A., 1987). Данный метаанализ показал объединенную среднюю разницу в 0,86 [95% ДИ -2,38, 0,65] в пользу КПП (по сравнению с поддерживающей психотерапией для взрослых, испытывающих слуховые галлюцинации), хотя и не достигший статистической значимости, а также отсутствие негативных побочных эффектов КПП у участников вмешательства.

С учетом этих данных при проведении КПП с пациентами, страдающими слуховыми галлюцинациями, используется следующий алгоритм психотерапевтических интервенций. Первоначально производится структурированный расспрос, в ходе которого уточняется внутренняя картина восприятия голосов пациентом (когда возникают, что является триггером, чей это голос, к появлению каких эмоций он приводит, нравятся ли пациенту эти голоса, помогают они или мешают, когда и в связи с чем они появились), а также степень влияния этих переживаний на качество жизни конкретного человека. Психотерапевт в ходе подобного структурированного расспроса исходит из позиции Сократического диалога (направляемого открытия). Затем вместе с пациентом формируется соглашение о работе с этими переживаниями (здесь необходимо отметить, что более перспективной является психотерапевтическая работа с теми слуховыми галлюцинациями, которые приводят к эмоционально негативным переживаниям, так как в случае позитивных переживаний у пациентов, как правило, нет

необходимой мотивации для совместной работы). Пример такого соглашения: «Мы с Вами в ходе сегодняшней встречи пришли к выводу что голоса, которые вы слышите несколько раз в день, приводят к усилению Вашей тревоги и существенно нарушают планы на день. Готовы ли Вы поработать над тем, чтобы они наносили меньший урон вашей жизни?». В случае утвердительного ответа проговаривается схематичный план совместной работы.

Важным элементом терапии, который на протяжении совместной работы регулярно положительно подкрепляет психотерапевт, является «дневник голосов». Это постепенно усложняющаяся форма фиксации галлюцинаторных переживаний и вызываемого ими дистресса, которую ведет пациент между встречами. Методика была предложена и внедрена группой авторов (Tai S., Turkington D., 2009). К моменту начала ведения «дневника голосов» пациент уже в процессе психотерапии овладел навыками отслеживания собственных мыслей, что существенно упрощает задачу. На начальном этапе пациента просят в первой колонке описывать ситуацию, когда он услышал голос. Во второй колонке человек фиксирует собственно содержание сказанного голосом (слово в слово) и собственную мыслительную оценку этого. На следующих этапах пациента также учат фиксировать эмоции, которые появились после слуховых галлюцинаций. В дальнейшем вместе с пациентом вырабатываются копинг-стратегии для совладания с галлюцинаторной симптоматикой, и он старается их использовать на практике, делая соответствующие пометки в «дневнике голосов».

Для эффективного совладания с галлюцинаторной симптоматикой пациента учат использовать разные копинг-стратегии, а затем из них фиксируются наиболее успешные для конкретного индивидуума. Пациент может слушать музыку, рисовать, вести внутренний счет, сказать себе «это пройдет», пообщаться с другом вживую или по телефону, выполнять физические нагрузки, усиливать связь с текущим моментом (концентрироваться на запахах, вкусе еды, на том, что он видит и слышит в окружающем мире), записать голоса на диктофон и потом прослушать запись.

Помимо вышеперечисленных, используются копинг-стратегии,

направленные на осознание мимолетности природы голосов. Для этого используются метафоры: голоса как листья, плывущие по воде – их можно замечать, но не обязательно им следовать; голос как шумный пассажир в метро, на котором вы не обязаны концентрировать внимание и т.д.

Помимо этого, может использоваться круговая диаграмма для объяснения природы голосов. Для этого вместе с пациентом перечисляются основные гипотезы происхождения голоса. На начальном этапе пациент чаще всего более склонен верить одной основной гипотезе, например: «Это соседи по лестничной клетке, которые плохо ко мне относятся». Постепенно вместе с пациентом вырабатывается еще несколько возможных гипотез (рекомендуется записывать даже те гипотезы, в которые пациент не очень верит в настоящий момент, но которые звучат для него достаточно правдоподобно), например: это я так слышу свои собственные мысли; это мои болезненные проявления. После чего каждую из гипотез оценивают по степени убежденности в ней и заносят на круговую диаграмму. К данной технике психотерапевт может неоднократно возвращаться во время совместной работы с пациентом, так как круговая диаграмма стимулирует и наглядно демонстрирует рост критики к слуховым галлюцинациям. Каждый раз упор делается на поиск пациентом альтернативных гипотез относительно происхождения голосов.

Вышеперечисленные техники помогают пациентам улучшить качество жизни, даже в случае сохранения болезненной симптоматики (фармакорезистентности).

Работа с курящими пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что курение больных шизофренией существенно сокращает срок их жизни и приводит не только к целому ряду серьезных соматических проблем, но и к ухудшению эффективности

используемых психофармакологических препаратов. В связи с вышеперечисленным в структуре комплексной когнитивно-поведенческой психотерапии выделяются отдельные интервенции, ориентированные на работу с курящим пациентом. Для оценки степени готовности пациента к изменениям своего отношения к курению и снижения этого рода зависимости используют стадийность, описанную Д. Прохазка (Прохазка Д., Норкросс Д., Карло ди Клименте, 2013), а именно – а) отсутствие готовности к изменениям; б) размышления; в) подготовка; г) действия; е) поддержание достигнутого результата; ж) рецидив.

Основная философия подхода – изменения отношения к курению и зависимо от этой привычки поведения происходят постепенно и пациенты с помощью психотерапевта (или другого курирующего специалиста) могут последовательно переходить в процессе психотерапии с одной её стадии на другую, но не «перескакивать» через стадии. Важным элементом для понимания модели изменений является также то, что в психотерапевтическом процессе пациенты могут «двигаться» не только вперед, но и назад (по этим стадиям или этапам психотерапевтической работы).

Больные, находящиеся на первой стадии («отсутствие готовности к изменениям»), обычно не готовы рассматривать какую бы то ни было информацию о вреде табака и возможности собственных действий по отказу от курения. На данном этапе можно использовать такие техники, как прямой совет и элементы психообразования. Важно, чтобы специалист, работающий с таким пациентом, обладал умеренными ожиданиями в отношении эффективности проводимых интервенций, иначе его самого может ждать деморализация, обусловленная явным несоответствием прилагаемых психотерапевтом усилий и незначительностью изменений в поведении пациента. Обычно в лучшем случае этот эффект заключается в переходе психотерапевтического процесса на следующую его стадию.

На стадии «размышлений» больные уже сталкиваются с противоречивыми мотивами, но, несмотря на кажущуюся «готовность приступить к борьбе с

зависимостью», они могут «застрять» на этой стадии на неограниченное количество времени, так как в большинстве случаев недостаточно осознают мотивы, поддерживающие их стереотип курения. На данном этапе психотерапевт чаще всего использует техники мотивационного интервью, когда он в партнерской проясняющей манере уточняет (одновременно проясняя) у пациента основные мотивы, толкающие его на изменение стиля жизни и одновременно мотивы поддерживающие стереотип курения. В структуре мотивационного интервью находят свое место такие достаточно простые элементы работы, как рефлексивное слушание, использование открытых вопросов, умение делать поддерживающие высказывания, навыки суммирования важной информации. Часто процесс мотивационного интервью сравнивают с парным танцем, когда специалист ведет, но учитывает потребности больного.

На этапе подготовки пациент нуждается в построении курса совместных действий для достижения результата (отказа от никотина). План действий направлен на снижение тревоги пациента перед неизвестностью, что существенно повышает его шансы на успех в борьбе с зависимостью от никотина. На этапе подготовки с пациентом может обсуждаться также прием специфической терапии, ориентированной на отказ от табака.

О стадии действий говорят, как правило, тогда, когда пациент предпринимает систематические шаги по преодолению зависимого поведения. На этом этапе очень важна поддержка (подбадривание со стороны специалиста) и «переименование» маленьких неудач в позитивном ключе.

Поддержание достигнутого в процессе психотерапии позитивного состояния – не такой простой процесс, как кажется, так как даже у психически здоровых людей высок процент срывов после отказа от курения, а люди, страдающие расстройствами шизофренического спектра, дополнительно испытывают обусловленную характером процессуального заболевания высокую стрессовую нагрузку. При этом пациенты часто воспринимают курение, как важный фактор, способный быстро снизить стресс, связанный с болезненными переживаниями, что увеличивает вероятность никотинового «срыва» в моменты

ухудшения эмоционального состояния. Больным объясняют в психообразовательном ключе механизмы такого срыва, совместно создаются списки его предвестников и наиболее опасных для этого ситуаций.

Обсуждение тематики курения всегда начинается с того, что психотерапевт (даже если в процессе совместной работы решает с пациентом другие психотерапевтические цели) просит разрешения: «Для меня было бы важно сегодня коснуться темы вашего курения, потому что оно может оказывать негативное влияние на лечение в целом. Вы готовы поговорить сегодня об этом?». Получив утвердительный ответ, психотерапевт начинает задавать уточняющие вопросы, ориентированные на определение стадии изменений и уточнение факторов, поддерживающих зависимое поведение в настоящий момент. Не менее важным также является обсуждение других элементов аддиктивного поведения: употребление алкоголя, прием наркотиков, нехимических зависимостей.

Завершающий этап психотерапии. Профилактика рецидива

В завершающей фазе когнитивно-поведенческой терапии при расстройствах шизофренического спектра осуществляется профилактика рецидива и реабилитация. Наиболее частыми переживаниями, предшествующими рецидиву, являются страх, чувства беспомощности и безнадежности, стыд и депрессивные переживания (Gumley A., Schwannauer M., 2006). Пациент, с одной стороны, обучается опознаванию ранних признаков рецидива (в том числе и с целью своевременного обращения к специалисту и, соответственно, психофармакотерапевтической коррекции), а с другой – пациент учится справляться с нарушениями сна, руминациями, социальной изоляцией и другими клишированно встречающимися у него в прошлом проблемами. Профилактика рецидива существенно повышает качество жизни пациентов.

Профилактика рецидива является важным завершающим элементом основного курса КПТ расстройств шизофренического спектра. Для пациентов тема этого занятия формируется в позитивном ключе: «Планирование того, как

поддерживать хорошее состояние». В рамках психотерапевтической сессии пациенту излагается основная идея, что для поддержания хорошего состояния важно планировать, а затем и реализовывать мероприятия, улучшающие эмоциональное состояние. К таким действиям относят: опознание триггерных ситуаций, раннее выявление признаков рецидива (нарушений сна, немотивированных спадов настроения, усиление подозрительности и т.д.), поддержание повседневной активности и действий, направленных на достижение поставленных жизненных целей. Пациенту также рекомендуется держать под рукой список со своими сильными личными качествами, копинг-стратегиями и ресурсами, которые он планирует усилить (подобные списки обычно составляются во время основного курса психотерапии в виде копинг-карточек). Также целесообразно в подобную копинг-карточку записать типичные признаки обострения и алгоритм действий в случае их обнаружения, включающий консультацию специалистом. Пациенту предлагают (по его желанию) сделать копии таких списков для близких людей (так как часто именно они первые замечают изменение состояния больного члена семьи).

Для иллюстрации полноформатной работы в когнитивно-поведенческом ключе приведем достаточно полное описание ведения клинического случая в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Клинический пример № 2.

Иван, молодой человек 26 лет. Холост, живет в одной квартире с мамой и бабушкой. Имеет высшее образование. Опыт работы – 1,5 месяца не по специальности (еще в период обучения). В 17 лет произошел дебют заболевания: нарушения в когнитивной сфере (трудность концентрации внимания), нарастание нарушений памяти. Через два года появились структурные нарушения мышления, шперрунги, эхо мыслей. В 20 лет добавились немотивированные страхи. Тематика страхов со временем расширялась: от локальных во время стрессовых ситуаций (например, во время сессии) до опасений за жизнь окружающих и страха смерти близких. Кроме того, возникли опасения о том, что кто-то может снимать его на

камеру телефона. Эти идеи носили вначале доминирующий, а затем – сверхценный характер. В 21 год переосмыслил себя, своё место в жизни общества и сущность бытия как некоей реальности с появлением чувства вины и мыслей о греховности, сопровождаемых религиозными идеями и страхом попасть в ад. За последние 3 года укрепились различные фобии, носящие все более расширительный и нелепый характер (например, страх овладения кем-либо его душой); появились также не сильно выраженные, но вместе с тем отчетливые паранойяльные идеи преследования).

Поводом для обращения к психиатру стали нарастающая тревога и бессонница. Врачом была назначена терапия нейролептиками и антидепрессантами, а также рекомендовал психотерапию. До начала психотерапевтической работы пациент с сомнением относился к психотерапии и полностью отказывался даже от участия в психообразовательных группах.

В клинической картине преобладали навязчивые сомнения и страхи, которые расценивались в рамках obsessions с низким инсайтом (obsessive delusion). Пациенту часто приходили в голову мысли: «Я должен поступать правильно, чтобы близкие не умерли», «Мои действия постоянно фиксируют с помощью видеокамеры, чтобы выложить в интернет и посмеяться надо мной», «Дьявол может овладеть моей душой». Также присутствовали жалобы на тревогу, напрямую не связанную с текущими обстоятельствами и телесные ощущения сенестопатического характера.

Таким образом, у больного на субпсихотическом уровне были представлены паранойяльные идеи преследования и страх овладения кем-либо его душой; широкая палитра obsessive-фобических переживаний; сенестопатии; структурные нарушения в сфере мышления.

Диагноз: шизофрения недифференцированная, obsessive-тревожно-параноидный синдром.

Генетические особенности: отец и дедушки по обеим линиям имели алкогольную зависимость

Ключевыми моментами в анамнезе являются следующие: в раннем детстве пережил развод родителей; в дальнейшем общение с отцом всегда было напряженным. Воспитывался религиозной прабабушкой. Пациент провел параллель между появлением идеи о том, что его снимают на видеокамеру и ситуацией из студенческой жизни, когда во время алкоголизации товарищи сделали видео запись его «неадекватного поведения», и в последующем, неоднократно смеялись над ним.

Ситуационные проблемы: не работает, в связи с чем считает себя обузой для родных, так как семья испытывает финансовые трудности. С прежней компанией сейчас не поддерживает общение, социальные связи скудные. Были недолгосрочные отношения с девушками, на данный момент ни с кем не встречается.

Отношение к лечению – комплаенс периодически снижается: «забывает» принимать лекарства или объясняет отмену медикаментов финансовыми трудностями. К фармакотерапии относится положительно, к психотерапии – с недоверием.

Защитные факторы: достаточно сильная мотивация к достижению своих целей (завершил обучение в университете, несмотря на ухудшение состояния), также мотивирован на фармакологическое лечение и отмечает положительный результат от лекарственной терапии.

Психотерапевтические цели: сформировать рабочий альянс, укрепить комплаенс. Когнитивная реструктуризация убеждений о заболевании («Если у меня есть психическое расстройство, я ущербный»). Снизить частоту избегающего поведения. Работа с паранойяльными переживаниями. Повышение социальной активности. Нормализация самооценки благодаря когнитивной работе с дисфункциональными глубинными убеждениями о себе и составлением плана достижения жизненных целей.

Глубинные убеждения о себе: Я ущербный. Все надо мной смеются. Если я буду вести себя неправильно, это принесет вред близким.

Результаты тестов: по опроснику “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) обнаружили превалирующие ранние дезадаптивные схемы: уязвимость, жесткие стандарты, неуспешность, недостаточность самоконтроля, негативизм.

Рабочая гипотеза: на текущее состояние оказало влияние несколько факторов. Во-первых, укрепившиеся еще в детстве дисфункциональные убеждения и чувство уязвимости при общении с другими людьми. Во-вторых, религиозное воспитание, задающее критерии «неправильного поведения» и связывающее его со страхом наказания; не случайно страх наказания составляет травматическую «основу» субпсихотической симптоматики. В-третьих, наличие в анамнезе насмешек за свое «нелепое поведение» в состоянии алкогольного опьянения во время совместного распития с приятелями алкоголя.

По мере развития заболевания ухудшалась социальная адаптация и снижалась самооценка в связи с отношением к болезни.

План терапии:

1. Формирование терапевтического комплаенса и укрепление лекарственной дисциплинированности.
2. Нормализация и валидация диагноза и болезненных переживаний, в том числе контрастных мыслей.
3. Оценка рациональности дисфункциональных мыслей и формирование альтернативных ответов на них методом сократовского диалога.
4. Когнитивная реструктуризация дисфункциональных убеждений, формирование адаптивных убеждений.
5. Планирование домашних заданий, в том числе градуированной экспозиции к социальным взаимодействиям.
6. Планирование поведенческих экспериментов и проверка ими иррациональных убеждений.
7. Закрепление навыка реалистичной оценки мыслей.
8. Закрепление навыка остановки руминаций при помощи техник осознанности.

1-ая встреча. Мотивационное интервью. Формирование контакта

В начале встречи ведет себя насторожено, говорит о нежелании работать с психотерапевтом.

Ниже представлен диалог между психотерапевтом (П) и Иваном (И).

П. Связано ли ваше настроение с прежним негативным опытом психотерапии?

И. Нет, такого опыта не было. Но мне кажется, что психотерапия не может помочь, потому что это просто беседа. И также мне не хочется рассказывать, о чем я думаю. Вылечить меня могут только лекарства.

П. Очень хорошо, что вы так относитесь к фармакотерапии: это сейчас действительно неотъемлемый компонент лечения. Но и я, и ваш лечащий врач уверены в том, что психотерапия важна для работы с вашим состоянием. Часто неправильное отношение к своему заболеванию может достаточно сильно поддерживать его. Хотели бы узнать, как психотерапия работает с тяжелыми переживаниями?

И. Может быть, но не прямо сейчас.

П. Хорошо, мы всегда сможем вернуться к этой теме. Как вы относитесь к мнению своего врача? Вы считаете его достаточно квалифицированным специалистом?

И. В его профессионализме я не сомневаюсь!

П. Очень важно, что вы доверяете своему врачу, так как доверие крайне важно для того, чтобы добиваться хороших результатов лечения. Попробуем вместе двигаться дальше?

И. Давайте попробуем.

П. Если вы непротив, я бы вернулся к еще одной трудности, мешающей нашей работе, как второй барьер. Вы сказали, что не хотите говорить о своем состоянии, так как испытываете из-за этого негативные переживания. Могли бы вы, пожалуйста, чуть подробнее описать, что вы чувствуете в эти моменты и почему?

И. Я испытываю сильный стыд, подавленность.

П. Из-за чего именно вам стыдно?

И. Стыдно, что у меня есть такие мысли.

П. Как вам кажется, эти мысли больше связаны с вами или с вашей болезнью?

И. С болезнью, они мне неприятны.

П. Представьте человека с болью в животе и диареей. Он тоже должен стыдиться этого?

И. Нет, но это же совсем другое.

П. Конечно, у каждой болезни свои симптомы. Но я как врач не вижу разницы между болью в ноге, животе или дискомфортом от мыслей, которые человек считает неправильными.

И. Вы так считаете?

П. Абсолютно в этом убежден.

И. Но остальные люди совсем по-другому считают.

П. Да, действительно. Люди могут иметь разные точки зрения на этот счет, но ведь они не испытывали этих переживаний, не имели дело с вашим состоянием и вряд ли могут хорошо разбираться в этой теме.

И. Пожалуй, соглашусь с вами.

П. Предлагаю вместе провести анализ недавней ситуации, в которой присутствовали подобные переживания?

И. Хорошо, давайте попробуем. Эти мысли приходят сами по себе, я об этом специально не думаю, а после этого я испытываю страх, и у меня усиливается подозрительность. С одной стороны, я осознаю, что эти мысли не соответствуют реальности, а с другой, если они пришли и запустился этот тревожный цикл, мне уже не остановиться. Особенно сильный страх – тогда, когда это случается в месте, где полно людей.

П. Давайте внесем мысли и не самые выраженные переживания в табличку.

И. Можно внести эту ситуацию?

П. Да, конечно.

Совместно с психотерапевтом Иван заполняет бланк для работы с дисфункциональными мыслями (таблица 50).

Таблица 50 – Бланк для работы с дисфункциональными мыслями

Активирующее событие	Мысли	Эмоции и их степень выраженности	Поведенческая реакция
Жду в очереди к врачу	Если не положу телефон правильно, дьявол овладеет моей душой	Тревога 8 (по 10 бальной шкале)	Повторяю защитные слова
Проходит пять минут	Я не должен так думать.	Стыд 7 (по 10 бальной шкале)	Погрузился в себя, больше ничего не замечаю

П. Как вам кажется, какие мысли в этой ситуации были самыми дискомфортными и длительными?

И. Пугающие мысли о дьяволе.

П. А как же строгое правило о том, что у вас не должно быть таких идей, и вызывающее выраженный стыд?

И. Но оно верное! Я действительно не должен так думать!

П. Может, быть попробуем его сделать менее жестким? Например, «хорошо, когда у меня нет таких мыслей». В дальнейшем мы с вами будем работать с мешающими мыслями и разбирать, какие они бывают. А сейчас я приведу вам короткий пример. Мужчину внезапно сокращают на работе. Он пытается быстро подыскать новую, но у него не получается, из-за чего он думает: «Я должен обеспечивать семью, я не должен сидеть без работы». Его эти мысли еще сильнее выбивают из колеи. Он погружается в чувство вины, у него меньше сил остается на поиск новой работы. Раздражение и подавленность нарастают, из-за этого отношения в семье страдают больше, чем от финансовой трудности.

Или другой вариант развития событий. Этот же мужчина думает в этой ситуации: Это плохо и тяжело, но в такой ситуации мог оказаться кто угодно. Что я сейчас могу сделать, чтобы быстрее найти работу (перебирает и пробует варианты)? Как я могу потратить с умом появившееся свободное время? (помогает жене по дому, занимается хобби, гуляет с ребенком). Как вам кажется, какой из этих вариантов лучше для этого человека?

И. Второй, разумеется.

П. Есть ли что-то схожее в этом с вашим случаем?

И. Да, но у меня гораздо тяжелее.

П. Конечно, но каждый из нас свои проблемы считает более сложными: своя рубашка ближе к телу. Но давайте обобщим все сказанное за сегодня. Мы с вами познакомились и обсудили барьеры для совместной работы. Вы были открыты и мужественно рассказали о своих болезненных переживаниях, я вам благодарен за это. Мы с вами сделали первые шаги в работе, разобрав сложную ситуацию и занеся её в бланк работы с негативными мыслями. Как вы себя чувствовали в процессе беседы и что на данный момент думаете о продолжении психотерапии со мной?

И. Иногда становилось неприятно, потому что вспоминал тревожные мысли, но ожидал, что будет хуже. Думаю, нужно продолжить работу.

П. Отлично. Давайте назначим следующую сессию. Удобно в пятницу, в 11:00?

2-я сессия. Начало сессии было направлено на укрепление терапевтического альянса и вовлечение И. в работу. Основной этап включал выявление триггерных ситуаций, обозначение в них типичных автоматических мыслей и эмоций. Периодически сессия прерывалась, так как в кабинет для групповой работы пытались войти другие пациенты. Это обстоятельство усилило тревогу и подозрительность И. Совместно с психотерапевтом И. выявил мысли и переживания в настоящем моменте и составил для них адаптивные ответы. Результаты этого представлены в таблице: поиск альтернативных мыслей (АМ) в таблице 51.

Таблица 51– Поиск альтернативных мыслей

Активирующее событие	Автоматические мысли и альтернативные гипотезы (АГ)	Эмоции и их степень выраженности по 10 бальной шкале	Поведенческая реакция
12.15 идет психотерапевтическая сессия. Открывается дверь в кабинет.	Другие пациенты услышали часть разговора про бредовые мысли и будут смеяться надо мной	Волнение 5	Начинаю говорить тише. Сильнее напрягаюсь.
	АГ 1: Достаточно проблематично понять о чем идет речь за такое короткое время	Волнение 1	
	АГ 2: У каждого, кто находится здесь на лечении есть свои сложности, маловероятно, что им есть дело до моих проблем.	Волнение 2	

Также на второй сессии происходил анализ тревожно-бредовых убеждений. Иерархия убеждений по степени обоснованности (нисходящая): Люди могут негативно ко мне относиться. Кто-либо может захотеть причинить мне вред. Кто-то уже это делает. Меня могут снять на камеру телефона, выложить в сеть – и это увидят многие мои знакомые.

Домашнее задание. Сформулировать идеи: в связи с чем и когда появилась мысль о том, что кто-то может снять его на камеру и смеяться. Составить список идей и действий, которые обычно помогают справиться с тревожным и подозрительным состоянием.

3 сессия. Упор на исследование ключевых моментов в анамнезе, существенно повлиявших на формирование и подкрепление дисфункциональных убеждений. В частности, обсуждалось убеждение о том, что над И. могут смеяться, страх, связанный с этой мыслью, и механизмы формирования этой

эмоции. Иван рассказал о периоде алкоголизации в 15-19 лет и о случае, когда он, приняв большую дозу алкоголя, бегал без одежды по квартире. Это поведение его друзья засняли на камеру, а позже показывали И. и смеялись над ним. Потом запись удалили. И. отмечает, что употреблял алкоголь чаще товарищей, и они много надсмехались над ним, «так как были трезвее». После этого эпизода сформировалась боязнь того, что его странное поведение снимут на камеру и выложат в сеть. По мере развития болезни убежденность в идеях усилилась и расширилась до страха от осмеяния незнакомцами. Произошло формирование копинг-стратегий в виде избегания и охранительного поведения (избегание транспорта, особенно в час-пик).

С помощью сократического диалога, специалист помог пациенту установить причинно-следственную связь между ключевыми точками анамнеза и актуальными симптомами. При помощи сократовского диалога произвели оценку иррациональных мыслей: чем И. может быть особенно интересен людям в общественном транспорте; если его прогнозы верны, и кто-то снимет его на камеру и выложит в сеть, то кому эта запись может быть интересна; какое количество людей станет смотреть это видео; как просто им будет отыскать это видео? Оценили вероятность факта заинтересованности окружающих в его поведении. Просмотрели видео в интернете и взвесили, насколько легко сделать какой-либо ролик популярным и для чего инвестируется такое количество денег для раскрутки видео, если это настолько просто.

Домашнее задание. Выявление автоматических мыслей и эмоций, запись их в бланк.

4 сессия. Работа с подозрительностью. Анализ домашнего задания и составление перечня ситуаций-триггеров: в общественном транспорте (люди смеются и могут снять на телефон), находится в квартире в одном белье (соседи могут заметить), проверка – закрыта ли дверь (связано с ситуацией, когда забыли закрыть квартиру и И. испугался неожиданно вошедшего соседа), очередь в магазине (много людей, смеются).

Домашнее задание. Использование бланка работы с дисфункциональными мыслями. Осуществление поведенческого эксперимента в метро (снижение избегания – развернувшись лицом к другим людям не спеша осмотреться, затем почитать записи в телефоне и оценить уровень подозрительности).

5 встреча. Обсуждение домашнего задания: в ходе поведенческого эксперимента подозрительность была заметно ниже ожидаемой. Центральной повесткой текущей сессии было выбрано составление карточки совладания.

Я сейчас думаю, что «если я сделаю что-то не то, то бабушка умрет» и я испытываю страх. Помогающие мысли: это нереалистичные мысли, это симптом болезни. «Никогда, ничего» - мой обычный адаптивный ответ. Зря беспокоюсь, мысли не могут стать реальными просто так.

Адаптивное поведение: посмотреть кино, поиграть в любимые игры, обратить внимание на дыхание и изменить ритм, поговорить с друзьями.

Самоинструкция: я закончил университет в таком состоянии – значит справлюсь и с этим.

Домашнее задание: дописать идеи в копинг-карточку. Рекомендация записать итоговую версию на твердой бумаге, носить с собой и перечитывать 2 раза в день (в определенное время), а также – при актуализации дискомфортных мыслей.

6 сессия. Иван отмечает улучшения: стало меньше перепроверок – реже проверяет, закрыта дверь или нет. Две недели назад проверял 5-10 раз за день, сейчас – 1-2 раза в день. Убежденность в мыслях о том, что дверь не закрыта – 70%, длительность погружения в состояние подозрительности – примерно 2 минуты. Проговорили способы совладания с этим состоянием.

Обращался к копинг-карточке 2 раза, отметил снижение страха и подозрительности. Проанализировали важность регулярного использования копинг-карточки и влияние этого метода на состояние. Обговорили результаты прохождения теста Джеффри Янга и выраженность схем уязвимости, жестких стандартов, неуспешности, недостаточности самоконтроля, негативизма.

Затронули тему ритуалов (перекладывание предметов). Были выявлены мысли, запускающие ритуалы: «Мне нужно поменять вещи местами, чтобы темные силы не похитили мою душу или не умерли мама\бабушка\знакомый».

Домашнее задание. Использование копинг-карточки. Стараться заменять ритуальное поведение на адаптивное: переключение внимания и оценку дисфункциональных мыслей.

10 сессия. И. говорит о значительном улучшении состояния. Регулярно работает с копинг-карточкой. Постепенно начинают преобладать ситуации, в которых И. использует адаптивное поведение вместо перепроверок. Не делает письменные домашние задания из-за страха, что мама прочтет и осудит за такие мысли о ней. Укрепление здорового поведения: больше читает и помогает маме и бабушке в быту.

Пациент проходил тренировку навыков осознанности в 4-недельной группе (параллельно с индивидуальной работой). В процессе прохождения группы улучшил навыки переключения внимания с дискомфортных переживаний, принятия своего состояния, фокуса внимания на положительные переживания и включение в настоящий момент. Развитие этих навыков снизили интенсивность болезненных психотических переживаний. Включение в структуру психотерапии техник осознанности может быть более эффективной, чем работа над стратегиями контроля таких симптомов психоза, как галлюцинации и обсессии.

Катамнез – 1 год. Держится положительная динамика: снижение интенсивности болезненных симптомов, снижение убежденности в идеях подозрительности, укрепление социальной адаптации и активности. На данный момент пациент не устроился на работу, но гораздо больше стал включаться в помощь близким в быту.

Особенности обучения и супервизии специалистов, осуществляющих когнитивно-поведенческую психотерапию пациентам, страдающим расстройствами шизофренического спектра

Структура супервизии когнитивно-поведенческой психотерапии психозов на данный момент детализировано не разработана и пока не отличается от супервизии КПП в целом.

Вместе с тем, по нашему мнению, есть ряд следующих существенных моментов, которые отличают работу психотерапевта с пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра, от характера его деятельности при проведении психотерапевтических интервенций с пациентами других нозологических групп:

- достаточно медленное продвижение при осуществлении необходимой алгоритмизированной последовательности психотерапевтических усилий;
- возможная нестойкость достигаемых в процессе терапии улучшений (высокий риск рецидивирования);
- меньшая эмоциональная включённость пациентов (особенно с преобладанием у них в клинической картине негативной симптоматики);
- необходимость постоянного приложения усилий по формированию, а затем поддержанию комплаенса (в том числе медикаментозного);
- стигматизированность подобной работы не только со стороны общества, но и коллег;
- необходимость дополнительных знаний и навыков у специалиста для работы с пациентами, в клинической картине которых представлена продуктивная симптоматика (параноидный бред, слуховые галлюцинации);
- необходимость наличия опыта взаимодействия с другими специалистами, входящими в полипрофессиональную бригаду.

Вышеперечисленные особенности приводят к тому, что, с одной стороны, специалист, занимающийся психотерапией при расстройствах шизофренического спектра, может быстро эмоционально выгорать (так как не видит быстрого

результата, который характерен для КПП при расстройствах невротического спектра), а с другой – от такого специалиста требуется постоянное совершенствование профессиональных навыков.

В рамках супервизии на начальных её этапах акцент больше делается на правильное формулирование клинического случая, концептуализацию, поддерживающие циклы, разработку плана лечения. В последующем больший упор делается на отработку технических навыков, в том числе на использование ролевых игр, видео- и аудиозаписи реальных сеансов. Параллельно с этим внимание психотерапевта акцентируется на вопросы, связанные с собственным переживанием психотерапевта в процессе работы, негативных глубинных убеждений о себе и способности эффективно совладать с этими переживаниями. Достаточно часто специалисты выносят на обсуждение активацию собственных убеждений, характеризующих беспомощность и неуспешность, усиливающихся при очередном ухудшении состояния пациента или медленной динамике его состояния.

Супервизия проводится в теплой, эмоционально поддерживающей обстановке. Также целесообразно в структуру супервизии включать небольшие дидактические блоки «по месту».

Обучение специалистов для работы в когнитивно-поведенческом ключе с расстройствами шизофренического спектра

Специалист должен иметь базовые знания о данном виде расстройств и о типичных проблемах, с которыми сталкиваются пациенты.

Начинать обучение и практику имеет смысл с психообразования. В процессе психообразовательных занятий знания самого специалиста постепенно упорядочиваются, а также формируются навыки групповой работы и общения с данной группой пациентов.

К необходимому теоретическому минимуму можно отнести:

1. Модель уязвимость-диатез-стресс-заболевание.

2. Особенности продуктивной (отдельное внимание бреду и галлюцинациям), аффективной (мания и депрессия) и негативной симптоматики;

3. Роль лекарственной терапии в лечении (основные группы препаратов, их основные и сопутствующие эффекты, необходимая длительность лечения, мифы о лекарственных препаратах).

4. Типичные проблемы, с которыми сталкиваются пациенты (курение, алкоголь, нехимические зависимости, избыточное потребление чая и кофе);

5. Роль самого пациента в лечении и психотерапия.

Следующий этап – овладение специалистом навыками, необходимыми для улучшения комплаенса (в том числе медикаментозного). В результате специалист учится не только выстраивать доверительный контакт с пациентом, но и работать в стиле мотивационного интервью, проведение которого позволяет лучше понять пациента и попытаться повлиять на внутренний баланс его аргументов по поводу лечения. К отдельным навыкам можно отнести умение и способность психотерапевта задавать пациенту открытые вопросы, проводить рефлексивное слушание, суммировать информацию. Использование данного рода недирективных техник помогает психотерапевту быть заинтересованным слушателем, а не «давить» на пациента. Вышеперечисленное вносит хороший вклад в профилактику эмоционального выгорания у специалистов.

В дальнейшем специалист обучается классическому варианту когнитивно-поведенческой психотерапии. Ему необходимо овладеть и использовать поведенческие, когнитивные и экспериенциальные техники. Хорошим дополнением также является использование техник осознанности, эффективность которых уже достаточно хорошо изучена и доказана. При этом вначале специалист отрабатывает базовые навыки выявления и работы с автоматическими мыслями, а также учится выявлять типичные искажения мышления. Помимо этого, отрабатываются навыки нормализации (в восприятии психотерапевта) лиц с психиатрическим диагнозом и дестигматизации. В рамках нормализации со специалистами проводятся ролевые игры, в том числе направленные на то, чтобы психотерапевт, хоть и в игровой ситуации, но столкнулся с собственными

переживаниями, похожими на переживания пациентов. Например, специалистам предлагается представить, что им только что сообщили о том, что они больны шизофренией (в условии задания входит то, что они обладают тем житейским и профессиональным опытом, который есть у них, а также социальным статусом и профессией). Затем их просят отследить собственные мысли и эмоции, связанные с этой информацией и зафиксировать те переживания, которые способствовали бы обращению за помощью и лечением, а также те, которые привели бы к игнорированию подобной информации. В процессе такого обсуждения происходит нормализация переживаний. Подобные упражнения позволяют развивать навыки эмпатии к пациентам и большее внутреннее понимание амбивалентности их переживаний, связанных с постановкой диагноза и необходимостью длительного лечения.

Отдельным блоком, требующим специальной подготовки, является целенаправленная работа с продуктивной симптоматикой (бредом и галлюцинациями).

Пациенты с преобладанием в клинической картине параноидного бреда могут включать курирующего специалиста в свои болезненные построения, поэтому активная изучающая позиция психотерапевта в стиле Сократовского диалога является здесь очень важной. Хорошим примером аналога бездоказательных представлений, пригодным как для обучения специалистов, так и для демонстрации самоподдерживающихся убеждений пациентов, являются приметы, широко распространенные в нашем обществе.

Пример задания: специалистов просят вспомнить приметы, в которые они верят. Причем, если психотерапевт сообщает, например, что стучит по дереву после определенных слов (сплевывает через плечо после появления черной кошки), но в примету не верит, это значит, что убежденность в примете у него есть, так как он использует охранительное поведение. Затем обучающимся предлагается разбиться на тройки: клиент, психотерапевт, супервизор. В задачи психотерапевта входит изучить, как убеждения о примете поддерживаются в настоящем (включая наличие охранительного поведения, которое вносит

существенный вклад в поддержание веры в примету), а также историю их появления и план психотерапии (в том числе с использованием поведенческих экспериментов и экспозиции для проверки истинности убеждений).

В условиях индивидуальной, и, особенно, групповой работы с пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра, также удобно использовать приметы как наглядный пример убеждений, которые часто не соответствуют реальности, но продолжают существовать. В групповой форме делать это еще удобнее и эффективнее, так как верование в приметы обычно существенно отличается у разных участников группы и это позволяет подвергать их групповому критическому рассмотрению.

По мере освоения специалистами навыков ведения интервьюирования пациентов, выявления ими структуры бреда и умения конструировать поддерживающие циклы постепенно переходят к методам «раскачки» имеющегося у пациента основания для подобных убеждений. Для этого достаточно часто используются поведенческие эксперименты, а также техники работы с промежуточными и глубинными убеждениями. При этом первоначально обучающимся даются описания клинических случаев, на основании которых они вырабатывают дизайн поведенческого эксперимента. Затем дизайн поведенческого эксперимента обсуждается в микрогруппе, выслушиваются мнения коллег. Важным заключительным этапом освоения этой техники является выработка поведенческого эксперимента для проверки своих убеждений и проведение его на практике. Для такого эксперимента чаще всего выбирается избегающее поведение, которое (хоть чаще всего и в рудиментарной форме) есть у большинства людей, в том числе и у специалистов.

Для большего понимания галлюцинаторной симптоматики специалистами используются следующие упражнения: одному обучающемуся (играющему роль пациента) дается задание поддерживать диалог с собеседником (психотерапевтом), двум другим обучающимся, которые располагаются за спиной «пациента», дается задание (втайне от него), имитировать «голоса», которые запрещают ему отвечать на вопросы психотерапевта, делают уничижительные

высказывания, при этом меняя громкость и тембр голоса, а также интервалы пауз между «суфлирующими подсказками». В дальнейшем происходит смена ролей и обсуждение результатов упражнения.

Помимо вышеперечисленного, специалист обучается структурированному расспросу относительно галлюцинаторных переживаний (при слуховых галлюцинациях уточняет: чей голос, что он говорит, почему этот голос общается с больным, когда это происходит, а также какие чувства при этом возникают у пациента, подчиняется ли пациент голосу или нет, мешает ли он социальному функционированию).

Профилактика рецидива. Психотерапевты обучаются выявлению у пациентов и обучению как их, так и их родственников, опознавать признаки ухудшения самочувствия больного, чтобы в будущем своевременно корректировать его состояние. Так как значительная часть пациентов и их родственников может научиться опознавать клишированные признаки надвигающегося рецидива, эти навыки являются очень важными для поддержания ремиссии. Как известно, термин «ремиссия» применим не только для пациентов, страдающих шизофренией с приступообразным течением, но и для непрерывного течения заболевания. Не случайно Л.М. Шмаонова, Ю.И. Либерман, В.Г. Ротштейн (1985) отмечают, что «по сути, непрерывное течение шизофрении в действительности представляет собой ряд ограниченных во времени сдвигов, отчего характеризуется чередованием периодов ухудшения и стабильности». Дополнительно необходимо отметить, что перспективным в ряде случаев является сочетание когнитивно-поведенческой психотерапии психозов и семейной психотерапии.

Этап разработки и оценки эффективности персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии

На этапе разработки и оценки эффективности персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии было сформировано (как

уже описано в главе 2) две подгруппы, одна из которых (основная) — состояла из пациентов, страдающих параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством и, помимо психофармакологической терапии, включенных в проведение специально разработанной психотерапевтической программы, а другая (подгруппа сравнения) — из таких же больных, но не включенных в проведение специально разработанной психотерапевтической программы. В таблице 53, приведены данные о количестве пациентов, принявших участие в исследовании.

Таблица 53 – Число пациентов, принявших участие в разных этапах исследования оценки эффективности персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии

Число пациентов	Визит 1	Визит 2 (окончание терапии)	Визит 3 (катамнез 12 месяцев)
Основная подгруппа	45	41	36
Подгруппа сравнения	45	40	31

Для оценки результатов в тех случаях, когда распределение было нормальным – использовались методы параметрической статистики, а когда тест на нормальность распределения Шапиро-Уилкса показывал статистически значимые результаты – использовался для сравнения двух подгрупп между собой непараметрический критерий U-Манна-Уитни.

На этапе визита 1 (начала психотерапии) не было найдено статистически значимых различий между основной подгруппой (проходившей персонализированную когнитивно-поведенческую программу) и подгруппой сравнения по следующим параметрам: комплаентность, общий балл Шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), балл общего клинического впечатления по

шкале CGI, отдельные параметры методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) и опросника «Способы совладающего поведения (WCQ)».

На этапе окончания терапии (визит 2) не обнаружено статистически значимых различий между подгруппой пациентов, проходившей персонализированную когнитивно-поведенческую программу, и подгруппой сравнения по следующим показателям: общий балл Шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), балл общего клинического впечатления по шкале CGI, отдельные параметры методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) и опросника «Способы совладающего поведения (WCQ)», а также общий балл Шкалы глобального функционирования (GAF).

В то же время, согласно результатам теста Шапиро-Уилкса, распределение шкалы комплаентности статистически значимо отличалось от нормального, поэтому для сравнения исследуемых групп был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Обнаружено, что основная подгруппа и подгруппа сравнения показали статистически значимые различия по параметру «комплаентность» (клинически определяемой врачом по визуальной аналоговой шкале, где 1 – очень плохой лекарственный комплаенс, а 10 — наилучший лекарственный комплаенс) на этапе завершения терапии: ($W = 1409.5$, $p\text{-value} = 0.019$) с большими показателями в основной подгруппе ($M = 5.854$, $Sd = 1.0621$), чем в подгруппе сравнения ($M = 5.325$, $Sd = 0,9443$).

Как видно из рисунка 18, основная подгруппа показала более высокие результаты по показателю «комплаентность», чем подгруппа сравнения, что может свидетельствовать об улучшении медикаментозного комплаенса у пациентов при условии проведения с ними персонализированной когнитивно-поведенческой психотерапии.

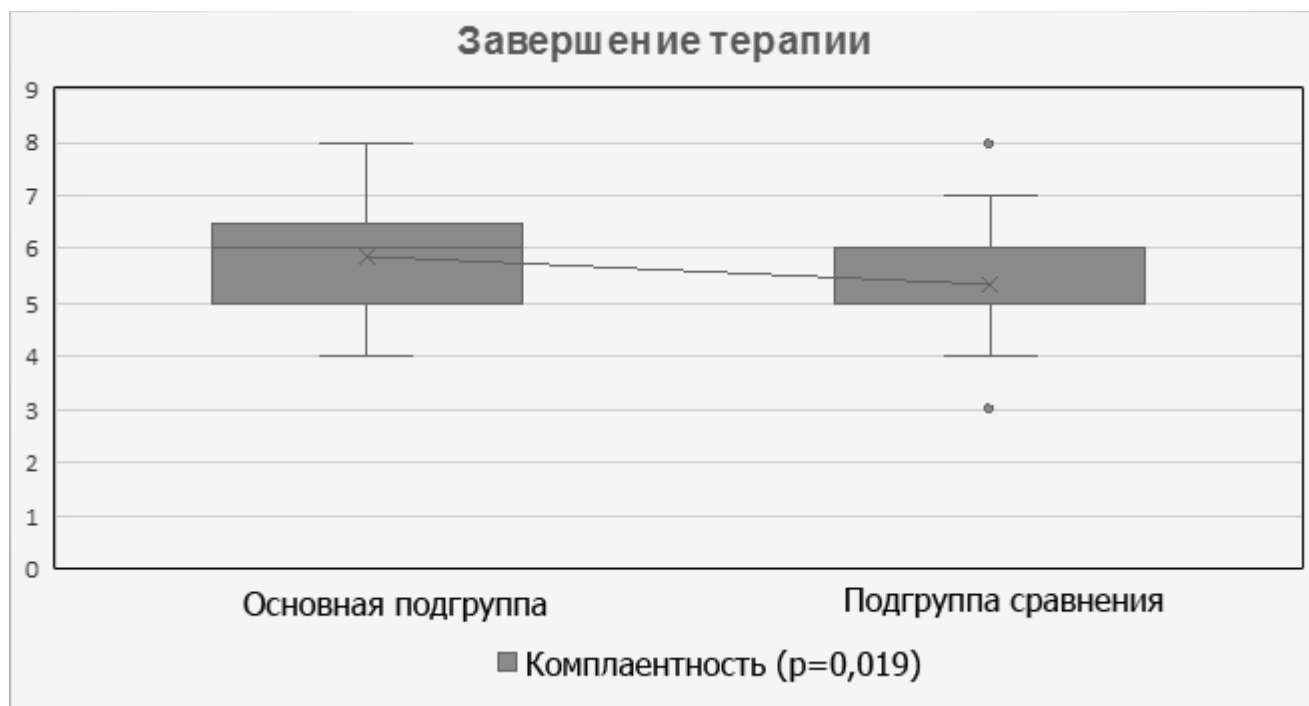


Рисунок 18 – Сравнение подгрупп по показателю комплаентность (медикаментозный комплаенс) на этапе завершения терапии

На рисунке 19 представлено сравнение основной подгруппы и подгруппы сравнения по общему баллу Шкалы глобального функционирования (GAF) на этапе выписки и в катамнезе.

Как видно на рисунке 19, при катамнестическом исследовании (через 12 месяцев после завершения психотерапии) методом параметрической статистики t критерий Стьюдента выявлены статистически значимые различия ($p=0.011$) между подгруппами (основной и сравнения) по общему баллу Шкалы глобального функционирования (GAF), свидетельствующие о более успешной социальной адаптации больных основной группы (пациентов, участвовавших в персонализированной программе когнитивно-поведенческой психотерапии). Вышеперечисленные данные могут свидетельствовать о достаточно стойком влиянии психотерапевтических интервенций на социальное функционирование пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, сохраняющимся через 12 месяцев после завершения психотерапии.

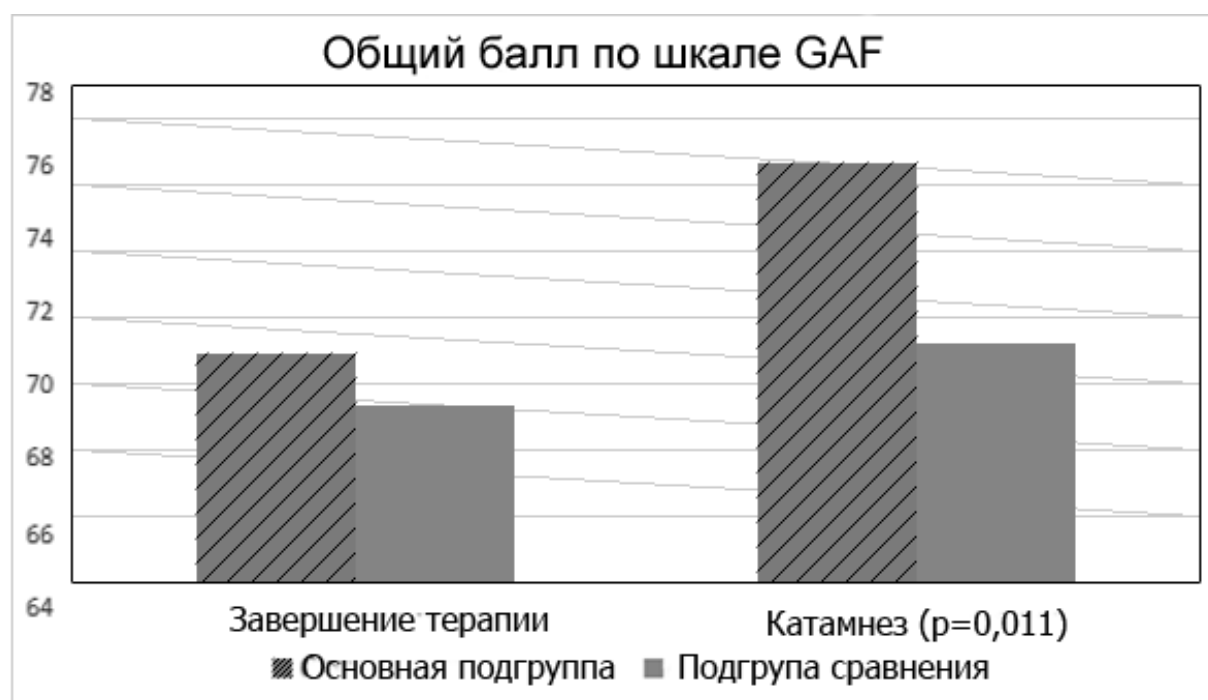


Рисунок 19 – Сравнение подгрупп по общему баллу Шкалы глобального функционирования (GAF) на этапе выписки и в катамнезе

Дифференцированное рассмотрение социального функционирования (Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах) обнаружило, что, согласно результатам теста Шапиро-Уилкса, распределение всех субшкал статистически значимо отличались от нормального. В связи с этим для сравнения групп был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Основная подгруппа и подгруппа сравнения показали статистически значимые различия при катамнестическом исследовании (через 12 месяцев) по следующим субшкалам «Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах»:

1. «Профессиональная сфера» ($W = 1088.5$, $p\text{-value} = 0.046$) с меньшими показателями дезадаптации в основной подгруппе ($M = 1.97$, $Sd = 0.941$), чем в подгруппе сравнения ($M = 2.5$, $Sd = 1.218$);

2. «Межличностные отношения» ($W = 1041$, $p\text{-value} = p=0.008$) с меньшими показателями дезадаптации в основной подгруппе ($M = 1.86$, $Sd = 0.867$), чем в подгруппе сравнения ($M = 2.47$, $Sd = 0.879$).

Сказанное графически представлено на рисунке 20, где представлено катамнестическое (через 12 месяцев) сравнение основной подгруппы и подгруппы

сравнения по субшкалам «Профессиональная сфера» и «Межличностные отношения» Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах.

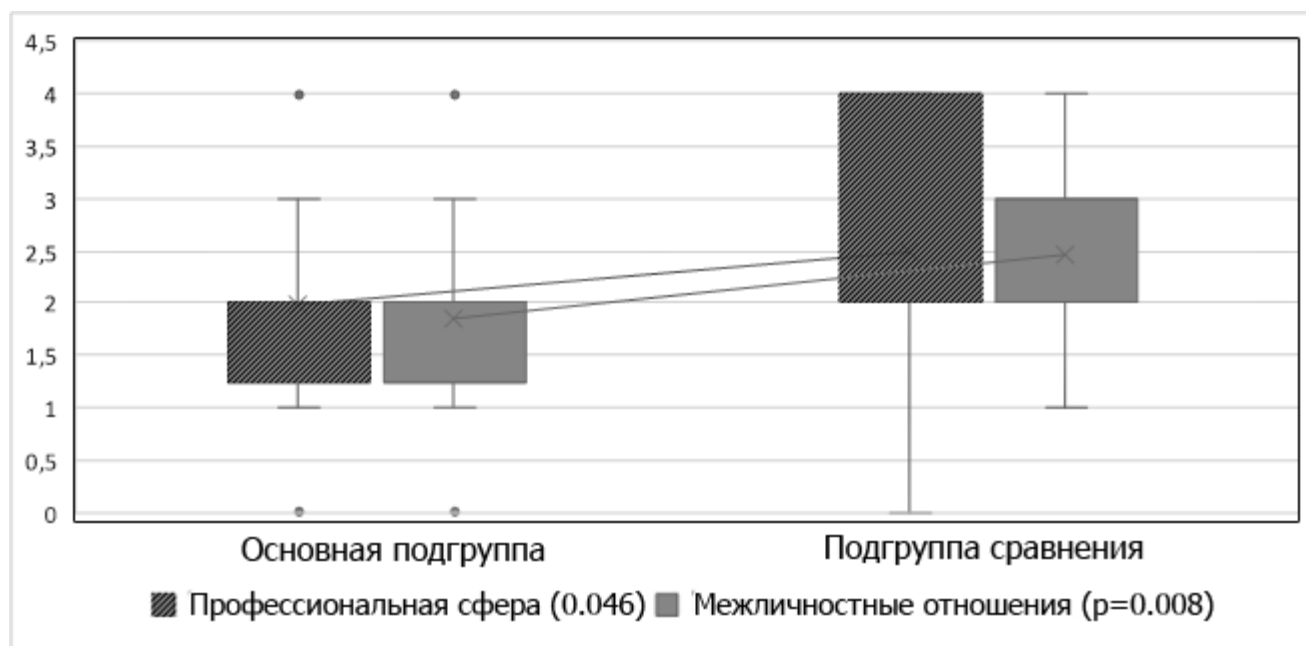


Рисунок 20 – Сравнение подгрупп по субшкалам «Профессиональная сфера» и «Межличностные отношения» Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах при катамнестическом исследовании (через 12 месяцев)

Как видно на рисунке 20, подгруппа пациентов, проходивших персонализированную программу когнитивно-поведенческой психотерапии, показала более низкие балльные оценки социальной дезадаптации по параметрам «межличностные отношения» и «профессиональная сфера», что может свидетельствовать о лучшем социальном функционировании этих пациентов в данных сферах (зависимость шкалы обратная, чем выше балл – тем хуже адаптация), что косвенно подтверждается и более высокими суммарными показателями социального функционирования по шкале GAF в основной группе (в которой зависимость прямая, чем выше балл – тем лучше социальная адаптация).

Показатели медикаментозной комплаентности, которые были выше в основной подгруппе к моменту завершения психотерапии, при катамнестическом исследовании нивелировались и значимо не различались в сравниваемых подгруппах пациентов. Это может говорить о необходимости проведения

длительной поддерживающей психотерапии после завершения пациентами основного курса стационарного/полустационарного лечения, направленной, в том числе, и на стабилизацию и улучшение их комплаентности в постгоспитальном периоде.

По количеству регоспитализаций статистически значимых различий между основной подгруппой и подгруппой сравнения при катамнестическом наблюдении не было найдено. Это, по-видимому, связано с небольшим числом наблюдаемых в целом регоспитализаций. Однако стоит отметить, что в основной подгруппе было 3 регоспитализации (все в условиях дневного стационара), а в подгруппе сравнения – 5 регоспитализаций (из которых лишь две – в условиях дневного стационара, а три – в условиях круглосуточного стационара).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На настоящий момент сформировалась единая научная позиция, что при расстройствах шизофренического спектра необходимо использовать различные психофармакологические препараты, центрированные на коррекцию биологических нарушений. Однако этим не исчерпывается картина психического расстройства, поскольку сама природа человека дуалистична и в случае заболевания включаются, помимо биологических адаптивно-компенсаторных нарушений, также нарушения психологических адаптивно-компенсаторных механизмов, которые оказываются неподвластными для медикаментозных препаратов и требуют гуманистически ориентированных подходов, входящих в комплекс биопсихосоциальной терапии, проводимой с этими индивидуумами.

Предпринятая нами попытка дифференцированного рассмотрения больных с расстройствами шизофренического спектра (с точки зрения их особенностей некоторых характеристик преморбидного периода: в частности — связи с показателями опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ-S3R)) не привела к получению статистически значимых различий. В то же время некоторые характеристики преморбидного периода у будущих психически больных (основная группа исследования) существенно отличались от таковых у здоровых лиц (группа сравнения).

Вопрос о преморбидном периоде, в течение которого формируется базовый (исходный, предболезненный) адаптационно-компенсаторный потенциал индивидуума, является очень важным для формирования персонализированной психотерапевтической программы в случае развития у него психического расстройства. Связано это обстоятельство с тем, что человек, как известно, это не только и не столько список симптомов, сколько совокупный конструкт истории всей своей жизни, на протяжении которой формируются (при благоприятных условиях развития), ретардируются (при ограничительных или неблагоприятных

условиях развития) или подвергаются той или иной редукции (в случае развития болезни) адаптационно-компенсаторные механизмы, являющиеся, стога говоря, важной основой, тесно связанной с выявлением мишеней психотерапии. В связи со сказанным в ходе данной научной работы были проанализированы имевшиеся у обследованных больных в преморбидном периоде субклинические проявления психического диатеза, а также особенности негативного детского опыта, ранних дезадаптивных схем (по Джеффри Янгу) и эмоциональных схем (по Р. Лихи). Было произведено сравнение этих параметров у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и у здоровых лиц: исследованы взаимосвязи между неблагоприятным детским опытом, ранними дезадаптивными схемами, эмоциональными схемами и проявлениями психического диатеза. Вышеперечисленное помогло сделать более четкой и конструктивной разработанную программу персонализированной когнитивно-поведенческой психотерапии.

Психический диатез у больных с расстройствами шизофренического спектра и у здоровых лиц

В ходе проведенного исследования было выявлено, что встречаемость разных форм психического диатеза у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и у здоровых имеет статистически значимые различия, с большей представленностью различных проявлений психического диатеза у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Статистически значимые различия между группами были выявлены по следующим параметрам: «Ранние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза», «Поздние проявления эпизодической формы психопатологического диатеза», «Эпизодическая форма психосоматического диатеза»; «Фазная форма психопатологического диатеза», «Фазная форма психосоматического диатеза», «Константная форма психопатологического диатеза». Таким образом, проведенное исследование позволило, с одной стороны, подтвердить представление о

нозонеспецифичности субклинических проявлений психического диатеза (обнаруживаемого как у будущих психически больных, так и здоровых лиц), а с другой (большой удельный вес психического диатеза у будущих психически больных) – подтвердить положение о его «уязвимостном» содержании и трактовке этого феномена как признаке риска психического расстройства.

Психологические характеристики преморбидного периода обследованных больных (негативный детский опыт, ранние дезадаптивные схемы, эмоциональные схемы) и здоровых лиц

Негативный детский опыт

В процессе изучения преморбидной уязвимости больных с расстройствами шизофренического спектра были выявлены статистически значимые различия между группами больных и здоровых как по суммарному баллу анкеты ($W = 3945$, $p = 0.002379$) «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ), так и по показателям субшкалы «психическое заболевание среди совместно проживающих» ($\chi^2 = 3.9131$, $p\text{-value} = 0.04791$). На уровне тенденции выявлена большая, чем у здоровых лиц, представленность у пациентов с расстройствами шизофренического спектра субшкалы «контакты с зависимыми» ($\chi^2 = 2.8569$, $p\text{-value} = 0.09098$). Это может свидетельствовать о большем «объеме» неблагоприятного детского опыта в группе будущих больных с расстройствами шизофренического спектра, приводящего к повышению уязвимости этих индивидуумов. Представляется, что статистически значимые различия по субшкале «психическое заболевание среди совместно проживающих» могут отражать более сложные взаимосвязи, связанные не только с увеличением в преморбидном периоде стрессовой нагрузки (например, наличие больного родственника может свидетельствовать не только о «психологической нагрузке», падающей в семье на будущего больного, но и об увеличении «генетической

нагрузки», что также может увеличивать вероятность возникновения у индивидуума расстройства шизофренического спектра).

Полученные с помощью анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) данные о преморбидном периоде лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра, позволяет не только более четко оценить наличие ранних стрессовых событий в анамнезе, но и делают возможным, в процессе текущей психотерапевтической работы с больными, вместе с пациентом провести параллели неблагоприятного анамнестического опыта с текущими переживаниями (а также убеждениями и когнитивными искажениями) пациента и более гибко адаптировать программу когнитивно-поведенческой психотерапии для большей её персонализации.

Таким образом, как показало проведенное исследование, выявление неблагоприятного детского опыта у конкретного пациента, страдающего расстройством шизофренического спектра, важно не только для лучшего понимания его болезненных переживаний в контексте личного развития индивидуума, но и для подбора адекватных способов психологической коррекции (например, через использование таких экспериенциальных техник, как рескриптинг в воображении).

Ранние дезадаптивные схемы

В результате исследования было выявлено, что больные, страдающие расстройствами шизофренического спектра, и здоровые лица имеют статистически значимые различия по 14 субшкалам из 18, с большими показателями, по сравнению с группой здоровых лиц, у группы пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

Большая выраженность дезадаптивных схем у больных с расстройствами шизофренического спектра, гипотетически может быть обусловлена травматическим опытом в детстве, который, в свою очередь, связан с отсутствием образования безопасной привязанности, что, уменьшая палитру адаптивно-

компенсаторного потенциала при развитии заболевания, повышает как риск его возникновения, так и появление негативных тенденций течения.

С этой точки зрения проведенное исследование показало важность практического использования опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга» (YSQ–S3R) для выявления дополнительных мишеней психотерапии и учета полученных результатов при разработки персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии.

Эмоциональные схемы

В процессе исследования было обнаружено, что группа больных с расстройствами шизофренического спектра и здоровые лица имеют статистически значимые различия, с большими показателями в группе пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра (по сравнению с группой здоровых лиц) по следующим субшкалам «Ингибирование собственных эмоций», «Чувство вины за собственные эмоции», «Недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других», «Низкая эмоциональная экспрессивность», «Обвинение других».

Помимо этого, были выявлены различия между группами на уровне тенденции по субшкале «Склонность к руминациям» (также с большей выраженностью в группе больных). Склонность к руминациям может отражать достаточно часто встречающийся у лиц, страдающих расстройствами шизофренического спектра, мыслительный паттерн обсессивной жвачки, существенно снижающий настроение и активность.

Вышеперечисленные параметры эмоциональных схем, как и в случае с ранними дисфункциональными схемами, важны для разработки персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии, потому что, как обнаружилось в данном исследовании, такие пациенты склонны подавлять собственные эмоции, воспринимают свои переживания как неуместные в соци-

альном контексте и испытывают сложности с их проявлением, что способствует отгороженности от других людей и нарастанию социальной изоляции.

Воздействие на психотерапевтические «мишени», выявляемые при изучении неблагоприятного детского опыта, ранних дезадаптивных и эмоциональных схем, может осуществляться как в процессе психообразования, так и в рамках более высокотехнологичных интервенций, для чего используются как когнитивные, так и экспериенциальные техники.

Взаимосвязь различных характеристик преморбидного периода
(психический диатез, неблагоприятный детский опыт, ранние дезадаптивные
схемы и эмоциональные схемы)

Сопоставление проявлений психического диатеза и показателей негативного
детского опыта

Предиктором “Константной формы психопатологического диатеза” явились субшкала “Физическое насилие” (1.724, $p=0.003$), и отрицательные показатели субшкалы “Свидетельство жестокого обращения с матерью” (-2.508, $p=0.005$). Физическое насилие может вносить существенный вклад в формирование уязвимости, которая, в свою очередь, способствует проявлению константной формы психопатологического диатеза. А вот отрицательность характеристики «свидетельство жестокого обращения с матерью», может быть опосредовано связана с неучитываемыми в анкете неблагоприятными семейными факторами (например, в результате формирования у отца алкоголизма, на ранних этапах которого в семье возможно несколько чрезмерное проявление эмоциональной теплоты к ребенку, или в результате большой в целом эмоциональной экспрессивности в семье.

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить определенное влияние, оказываемое негативным детским опытом на формиро-

вание у будущего больного проявлений константной формы психического диатеза.

Сопоставление показателей анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) и субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга (YSQ–S3R)»

Субшкала анкеты НДО (АСЕ) «физическое насилие» явилось предиктором таких субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) как: недоверие/ожидание жестокого обращения, запутанность/неразвитая идентичность, покорность, поиск одобрения, пунитивность.

Субшкала анкеты НДО (АСЕ) «сексуальное насилие» явилась предиктором таких субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) как: эмоциональная депривированность, покинутость/нестабильность, недоверие/ожидание жестокого обращения, покорность, подавленность эмоций, недостаточность самоконтроля, пессимизм. Достаточно логичным выглядит, что человек с опытом сексуального насилия (особенно со стороны близких людей) делает вывод о том, что свои потребности не стоит проявлять, всё равно их никто учитывать не будет и, более того, при их предъявлении может последовать наказание.

Субшкала анкеты НДО/АСЕ «эмоциональное отвержение» явилась предиктором таких субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) как: эмоциональная депривированность, недоверие/ожидание жестокого обращения, социальная отчужденность, дефективность, неуспешность, зависимость, уязвимость, покорность, подавленность эмоций, пессимизм. Вышеперечисленное может говорить о том, что эмоциональное пренебрежение (отвержение) не способствует удовлетворению базовых эмоциональных потребностей, что, в свою очередь, запускает каскад стойких негативных эмоциональных паттернов, увеличивая уязвимость индивидуума к формированию расстройств шизофренического спектра.

Неблагополучные условия жизни, фиксируемые в анкете НДО/АСЕ, явились отрицательным предиктором таких субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R), как: покинутость/нестабильность, неуспешность, запутанность/неразвитая идентичность, покорность, подавленность эмоций. Возможно, что неблагоприятные условия жизни, когда человек растет в дефиците ресурсов (еды, одежды), формируют большую жизнестойкость (resilience), способствуют более активному совладанию пациента с проблемами и способствуют формированию собственной идентичности и успешности (способности самостоятельно справляться с различными жизненными проблемами), выступая как фактор саногенеза.

Субшкала анкеты НДО/АСЕ «контакты с зависимыми» лицами явилась отрицательным предиктором таких субшкал опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) как: социальная отчужденность, запутанность, жесткие стандарты. Данные результаты можно интерпретировать как то, что взаимодействие пациента с зависимыми может влиять на требовательность к себе (снижая «планку» в виде перфекционистических тенденций), снижать социальную отчужденность за счет формирования микросоциального окружения. Обычно в этом случае жизнь таких людей характеризовалась злоупотреблением алкоголя и была сложна и проблематична, однако одновременно можно было отметить, что это были более эмоционально теплые люди (в состоянии опьянения, пока алкогольная зависимость не зашла далеко), при общении с которыми у ребенка успевало сформироваться ощущение своей принадлежности к семье.

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить определенное влияние отдельных параметров «неблагоприятного детского опыта» будущих больных на формирование у них «ранних дисфункциональных схем».

Показатели анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (ACE) и субшкал «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)»

В результате исследования было выявлено, что отдельные элементы неблагоприятного детского опыта являются предикторами формирования эмоциональных схем. Так, субшкала «физическое насилие» явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» как: страх потери контроля при переживании сильных эмоций, прогнозируемая длительность эмоций, обвинение других. Возможна следующая интерпретация данных: проявление физического насилия достаточно часто происходит в виде наказания, и ребенок может ассоциировать проявление своих эмоций с фактом наказания (как мы можем видеть из описательных статистик, в реальности взаимосвязи более сложные и учитывают несколько параметров одновременно), и, соответственно, боится потерять контроль. В последующем этот паттерн закрепляется. В случае выраженного потрясения (которым является физическое насилие) ребенок воспринимает длительность своих негативных эмоций как значительную величину, как результат значимости стресса и отсутствия поддержки со стороны значимых фигур. Таким образом, в своих сильных эмоциях ребенок начинает обвинять других, ведь физическое наказание идет именно от них.

Субшкала «сексуальное насилие» анкеты НДО (ACE) явилось предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», как: инвалидация эмоций другими, недостаточная осмысленность эмоций, ингибирование собственных эмоций.

Субшкала «эмоциональное отвержение» анкеты НДО (ACE) явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», как: инвалидация эмоций другими, недостаточная осмысленность эмоций, чувство вины за собственные эмоции, страх потери контроля при переживании сильных эмоций, прогнозируемая длительность

эмоций, недостаточная согласованность собственных эмоций с эмоциями других, ингибирование собственных эмоций, склонность к руминациям. Как и в случае с субшкалами опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R), фактор негативного детского опыта «эмоциональное отвержение» явился предиктором наибольшего числа эмоциональных схем. Это косвенно свидетельствует о большей патогенетичности эмоционального отвержения для формирования уязвимости. Эмоциональное отвержение значимыми людьми не формирует безопасную привязанность и, соответственно, у ребенка не появляется ощущения, что мир достаточно безопасен, что он сам кому-то нужен, что его эмоции значимы и их понимают и разделяют другие люди.

Субшкала «неблагополучные условия жизни» анкеты НДО (АСЕ) явилась предиктором таких субшкал опросника «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», как: инвалидация эмоций другими (отрицательная взаимосвязь), обесценивание эмоций, низкая эмоциональная экспрессивность (отрицательная взаимосвязь). Как и в случае с дезадаптивными схемами по Джеффри Янгу, субшкала «неблагоприятные условия жизни» по сути явилась фактором улучшения жизнестойкости: индивидуумы (имеющие более высокий балл по субшкале «неблагоприятные условия жизни») считают, что их эмоции не безразличны для окружающих, могут активно выражать собственные чувства, но при этом обесценивают значимость собственных эмоций для достижения ценностей.

Сопоставление показателей анкеты «Неблагоприятный детский опыт» НДО (АСЕ) и факторов на основе субшкал опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)

Анализируя взаимосвязи между величиной суммарного балла НДО и факторами опросника «Краткая версия шкалы эмоциональных схем Р. Лихи» (LESS II RUS), мы обнаружили статистически значимые различия между

группами по факторам “Принятие эмоций” ($\chi^2 = 17.739$, $df = 4$, $p = 0.0014$) и “Рационализация чувств” ($\chi^2 = 17.216$, $df = 4$, $p = 0.0017$). При анализе взаимосвязи между величиной суммарного балла анкеты “Неблагоприятный детский опыт” НДО (АСЕ) и факторами опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)» мы обнаружили статистически значимые различия между сравниваемыми группами по факторам “Сенситивность” ($H = 13.089$, $df = 4$, $p = 0.0108$) и “Дефензивность” ($H = 10.105$, $df = 4$, $p = 0.0387$).

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить, что «накопление» неблагоприятного детского опыта в целом приводит к увеличению ощущения индивидуумом собственной уязвимости и появлению целого каскада проблем, скрывающихся за фактором «дефензивность» (неуспешность, зависимость, неразвитая идентичность, покорность, недостаточность самоконтроля, покинутость, социальная отчужденность), что представляется важным при конструировании для этого пациента психотерапевтической программы.

Связь некоторых клинических характеристик (пол, возраст, длительность госпитализации) с характеристиками преморбидного периода (ранние дезадаптивные схемы и эмоциональные схемы) обследованных больных)

Влияние пола на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)

Рассматривая влияние пола на показатели «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)», мы обнаружили взаимосвязь (достоверную на уровне статистической тенденции) между полом и показателем фактора “Принятие эмоций” ($W = 984$, $p = 0.0543$). У мужчин наблюдается более

высокие показатели по данной шкале, чем у женщин. Это может быть связано с тем, что мужчины, страдающие расстройствами шизофренического спектра, более «спокойно» относятся к собственным эмоциям и больше принимают свой эмоциональный компонент. Этот метакогнитивный аспект имеет смысл учитывать для персонализации программы когнитивно-поведенческой психотерапии с учетом пола пациентов.

Влияние возраста на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)

Мы обнаружили статистически значимую положительную взаимосвязь между возрастом и фактором “Жертвенность” ($r = 0.2670$, $p = 0.0067$). Людям старшего возраста присущи более высокие показатели по данной шкале. Соответственно, люди более старшего возраста готовы жертвовать собственными интересами ради интереса других.

Учет фактора «жертвенность» важен для более старшей группы пациентов, так как такие пациенты могут недостаточно заботиться о своих потребностях, что может затруднять процесс реабилитации.

Влияние длительности госпитализации на показатели опросников «Краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS II RUS)» и “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R)

Относительно корреляции длительности госпитализации и показателей опросника “Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга” (YSQ–S3R) можно отметить, что мы обнаружили положительную взаимосвязь на уровне статистической тенденции по фактору “Дефензивность” ($r = 0.1830$, $p = 0.0656$). Наши данные свидетельствуют о том, что с ростом продолжительности госпитализации у больных увеличиваются показатели по данной шкале. Можно

предположить и другую гипотезу: большая длительность госпитализации пациентов обусловлена более тяжелым состоянием и в таком случае фактор «Дефензивность» связан с длительностью госпитализации опосредованно.

Взаимосвязь фактора “Дефензивность” и длительность госпитализации представляется интересной, но многоаспектной и требует дальнейшего изучения.

Обсуждение результатов исследования этапа разработки и оценки эффективности персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии

На втором этапе исследования были определены основные параметры программы когнитивно-поведенческой психотерапии. В разработанном варианте существенный упор был сделан на персонификации с учетом симптоматики и выделенных мишеней. Так, при преобладании в клинической картине отдельных видов позитивной и негативной симптоматики использовались техники, ориентированные на совладание с конкретной проблемой (например, слуховыми псевдогаллюцинациями, параноидным бредом). Персонификация также проводилась с учетом выявленного в анамнезе детского негативного опыта, ранних дезадаптивных и эмоциональных схем. При наличии в прошлом неблагоприятного детского опыта, находящего своё косвенное отражение в клинической картине и выраженности ранних дезадаптивных схем, использовались экспериенциальные техники (например, рескриптинг в воображении), ориентированные на восполнение в настоящем неудовлетворенных эмоциональных потребностей.

Реструктуризация дисфункциональных когнитивных схем применялась в случае подкрепления схемами дисфункциональных убеждений пациента, для чего использовался широкий диапазон техник (прежде всего — когнитивные и поведенческие, но также экспериенциальные и навыки осознанности).

Специальному анализу в проведенном исследовании был подвергнут фактор табакокурения как фактор, могущий стать одной из мишеней при конструировании психотерапевтической программы. При этом, исходя из

транстеоретической модели изменений, определялась стадия готовности индивидуума к изменениям, после чего индивидуально подбирались психотерапевтические техники, направленные на борьбу с зависимым паттерном поведения.

Больные получали индивидуальную когнитивно-поведенческую психотерапию в количестве 12-16 сессий. Длительность сессии составляла 45-50 минут, частота сессий варьировала от 3 до 1 сессии в неделю, становясь реже по мере улучшения состояния пациента и увеличении его способности к самостоятельной работе (выполнению структурированных заданий между сессиями). Как правило, на подготовительный этап отводилось 2-3 встречи, основной этап состояли из 8-12 сессий и 2-4 встречи были отведены для суппортивного этапа.

На этапе визита 1 (начала психотерапии) не было найдено статистически значимых различий между основной подгруппой пациентов (проходившей персонализированную когнитивно-поведенческую программу) и подгруппой сравнения (пациентов, не проходивших персонализированной когнитивно-поведенческой программы) по следующим параметрам: комплаентность (медикаментозный комплаенс), общий балл Шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), балл общего клинического впечатления по шкале CGI, отдельные параметры методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) и опросника «Способы совладающего поведения (WCQ)», что говорит о большой схожести сопоставляемых подгрупп как с точки зрения клинических, так и психологических параметров.

На этапе окончания терапии (визит 2) не обнаружено статистически различий между подгруппой пациентов, проходившей персонализированную когнитивно-поведенческую программу, и подгруппой сравнения по следующим показателям: общий балл Шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), балл глобальной оценки динамики психического состояния CGI-I, отдельные параметры методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) и опросника «Способы совладающего поведения (WCQ)», а также общий балл Шкалы глобального функционирования (GAF). Вышеперечисленное может свидетель-

ствовать о том, что включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии (12-16 сессий) напрямую не влияет на позитивные и негативные симптомы шизофрении, а влияние на социальную адаптацию затруднительно адекватно оценить на этапе выписки из стационарного/полустационарного лечебного учреждения.

Однако в ходе исследования было выявлено, что на этапе окончания терапии основная подгруппа и подгруппа сравнения показали статистически значимые различия по параметру «комплаентность»: ($W = 1409.5$, $p\text{-value} = 0.019$) с большими показателями в основной подгруппе ($M = 5.854$, $Sd = 1.0621$), чем в подгруппе сравнения ($M = 5.325$, $Sd = 0,9443$). Эти данные могут свидетельствовать об улучшении медикаментозного комплаенса у пациентов при условии проведения с ними персонализированной когнитивно-поведенческой психотерапии. К сожалению, достаточно часто тема лекарственного комплаенса не находит понимания у психотерапевтов и клинических психологов, которые в ряде случаев рассматривают психотерапию как панацею и единственный саногенетический фактор прילечений расстройств шизофренического спектра. В наиболее радикальной форме такая установка бытует у специалистов, придерживающихся классического психоанализа, когда они «спасают» обратившихся к ним пациентов от фармакотерапии. Полярной альтернативой такой установке является суждение психотерапевта о бессмысленности работы с больными, страдающими шизофренией, о бесперспективности проведения с ними психотерапевтических интервенций и о том, что успехи таких пациентов в процессе психотерапевтических занятий ограничиваются рекреационной активностью.

При катамнестическом исследовании (через 12 месяцев после завершения психотерапии) выявлены статистически значимые различия ($p=0.011$) между подгруппами (основной и сравнения) по общему баллу Шкалы глобального функционирования (GAF), что свидетельствует о более успешной социальной

адаптации больных подгруппы, проходившей персонализированную программу когнитивно-поведенческой психотерапии.

Дифференцированное рассмотрение социального функционирования (Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах) обнаружило, что основная подгруппа и подгруппа сравнения показали статистически значимые различия при катамнестическом исследовании (через 12 месяцев) по следующим субшкалам «Шкалы оценки функционирования в разных социальных сферах»: «Профессиональная сфера»; «Межличностные отношения» с меньшими показателями дезадаптации в основной подгруппе, чем в подгруппе сравнения:

1. «Профессиональная сфера» ($W = 1088.5$, $p\text{-value} = 0.046$) с меньшими показателями дезадаптации в основной подгруппе ($M = 1.97$, $Sd = 0.941$), чем в подгруппе сравнения ($M = 2.5$, $Sd = 1,218$).

2. «Межличностные отношения» ($W = 1041$, $p\text{-value} = p=0.008$) с меньшими показателями дезадаптации в основной подгруппе ($M = 1,86$, $Sd = 0.867$), чем в подгруппе сравнения ($M = 2.47$, $Sd = 0.879$).

Таким образом, подгруппа пациентов, проходивших персонализированную программу когнитивно-поведенческой психотерапии, показала более низкие балльные оценки социальной дезадаптации по параметрам «межличностные отношения» и «профессиональная сфера», что может свидетельствовать о лучшем социальном функционировании пациентов, прошедших персонализированную программу когнитивно-поведенческой психотерапии в данных сферах (зависимость шкалы обратная, чем выше балл – тем хуже адаптация) и что косвенно подтверждается более высокими суммарными показателями социального функционирования по шкале GAF в основной группе (в которой зависимость прямая, чем выше балл – тем лучше социальная адаптация).

Показатели комплаентности (лекарственный комплаенс), которые были выше в основной подгруппе к моменту завершения психотерапии, при катамнестическом исследовании нивелировались и значимо не различались в сравниваемых подгруппах пациентов. Это может говорить о необходимости проведения длительной поддерживающей психотерапии в амбулаторных

условиях, после завершения пациентами основного курса стационарного/полустационарного лечения, направленной, в том числе, и на стабилизацию и улучшение их комплаентности в постгоспитальном периоде.

По количеству регоспитализаций статистически значимых различий между основной группой и группой сравнения при катамнестическом наблюдении не было выявлено. Это, по-видимому, связано с небольшим числом наблюдаемых в целом регоспитализаций. Однако стоит отметить, что в основной подгруппе было 3 регоспитализации (все в условиях дневного стационара), а в подгруппе сравнения – 5 регоспитализаций (из которых лишь две — в условиях дневного стационара, а три — в условиях круглосуточного стационара).

Таким образом, проведенное исследование позволило констатировать, что использование персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии позволяет оптимизировать оказание помощи такой сложной группе пациентов, как страдающих расстройствами шизофренического спектра.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное исследование позволило, с одной стороны, подтвердить представление о нозонеспецифичности субклинических проявлений психического диатеза (обнаруживаемых как у будущих психически больных, так и здоровых лиц), а с другой (большой удельный вес проявлений психического диатеза у будущих психически больных) — подтвердить трактовку этого феномена как признака риска психического расстройства, на формирование которого определенное влияние оказывает негативный детский опыт.

2. Неблагоприятный детский опыт в преморбидном периоде оказался гораздо более отягощенным у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, что подтверждается выявлением статистически значимых различий по этому параметру между ними и здоровыми лицами как по суммарному баллу (всех 10 измеряемых в данном исследовании параметров), так и, в особенности — по параметру «психическое заболевание у лиц, совместно проживающих» с будущим больным» (хотя этот фактор не может рассматриваться изолированно, так как несет «двойную» нагрузку, свидетельствуя не только о дополнительных стрессовых ситуациях в семье проживания будущего больного, но и большей в этом случае его генетической «отягощенности»).

3. Ряд характеристик неблагоприятного детского опыта (физическое и сексуальное насилие; эмоциональное отвержение) у больных с расстройствами шизофренического спектра явились предиктором возникновения ранних дезадаптивных и эмоциональных схем. Это делает обоснованным предположение о влиянии ранних стрессовых событий на формирование психологической сенсibilизированности (в форме уязвимости или психического диатеза) к развитию психического заболевания у будущих больных с расстройствами шизофренического спектра.

4. Ранние дезадаптивные схемы, формирующиеся в преморбидном периоде у будущих пациентов, имеют у больных с расстройствами шизофренического спектра, в отличие от здоровых лиц, статистически значимые различия по степени своей выраженности (статистически значимые различия выявлены по 14 параметрам из 18). Это может свидетельствовать не только о сложностях удовлетворения этими пациентами своих базовых эмоциональных потребностей в прошлом, но и дополнительной существенной дезинтегрированности их внутренней жизни при развитии психического расстройства.

5. Эмоциональные схемы, формирующиеся в преморбидном периоде у будущих пациентов, имеют у больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра, в отличие от здоровых лиц, статистически значимые отличия (большую выраженность) по таким параметрам, как ингибирование собственных эмоций, чувство вины за собственные эмоции, недостаточную согласованность собственных эмоций с эмоциями других, низкую эмоциональную экспрессивность и обвинение других, что также дополнительно дезинтегрирует их внутреннюю жизнь при развитии психического расстройства.

6. Включение разработанной персонализированной программы когнитивно-поведенческой психотерапии в комплекс лечебно-реабилитационных воздействий, предназначенных для пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, способствует улучшению медикаментозного комплаенса на момент окончания лечения и улучшению показателей социального функционирования больных в целом, а также улучшению в профессиональной сфере и сфере межличностных отношений (на момент 12-месячного катамнестического обследования).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Разработанные и внедренные в клиническую практику специальные техники и подходы, пригодны для использования при психотерапевтических интервенциях у больных с расстройствами шизофренического спектра (в том числе дифференцированно, при преобладании в клинической картине как продуктивной, так и негативной симптоматики).

Целесообразно использовать разработанную структуру интервизии и супервизии для специалистов, участвующих в реализации персонализированной психотерапевтической программы.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Целесообразным является дальнейшее изучение преморбидного периода не только у пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, но и у больных с аффективными и психосоматическими расстройствами, что будет способствовать дальнейшему развитию и совершенствованию психотерапевтической помощи данным контингентам пациентов.

Перспективным для дальнейшего развития представлений об условиях формирования уязвимости к возникновению психических расстройств представляются не только существующие в настоящее время методы ретроспективного анализа анамнестических данных (в частности - влияния неблагоприятного детского опыта) и субклинической дифференциации проявлений уязвимости, но и подключение при изучении этого феномена некоторых биологических исследований (в частности, содержания окситоцина, мезолимбического дофамина, нейротрофического фактора мозга BDNF), направленных на более точное определение эпигенетических влияний, в свою очередь связанных с неблагоприятным жизненным опытом. В этом аспекте обоснованным выглядит дальнейшее изучение ранних стрессовых событий и возможности их профилактики как мероприятий, направленных на снижение уязвимости к расстройствам шизофренического спектра.

Перспективным является также дальнейшее совершенствование как программы когнитивно-поведенческой психотерапии в целом, так и дифференциация оценки эффективности используемых при её проведении отдельных клинических модулей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский, Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
2. Аммон, Г. Динамическая психиатрия: пер. с нем. / Г. Аммон. – СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1995. – 198 с.
3. Андреева, Т. И. Табак и здоровье / Т. И. Андреева, К. С. Красовский. – Киев: ИЦПАН, 2004. – 224 с.
4. Анохин, П. К. Очерки по физиологии функциональных систем / П. К. Анохин. – М.: Медицина, 1975. – 448 с.
5. Арнтц, А. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах: пер. с англ. / А. Арнтц, Г. Якоб; под ред. А.В. Черникова. – М.: Научный мир, 2016. – 320 с.
6. Аутохтонные непсихотические расстройства: коллективная монография / Г. Э. Мазо и др.; под ред. А. П. Коцюбинского. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 495 с.
7. Бабин, С. М. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией / С. М. Бабин, А. В. Васильева, А. М. Шлафер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Т.14, № 1. – С. 9–16.
8. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин – Л.: Наука, 1988. – 268 с.
9. Богомолов, А. М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа / А. М. Богомолов // Психологическая наука и образование. – 2008. – № 1. – С. 67–73.
10. Богомолов, В. А. Психосоциальные методы работы с семьями больных шизофренией: обзор исследований / В. А. Богомолов, С. Н. Ениколопов // Современная терапия психических расстройств. – 2008. – № 1. – С. 20–26.
11. Вальдман, А. В. Психофармакотерапия невротических расстройств / А. В. Вальдман, Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.

12. Вид, В. Д. Теория и практика работы клиники динамической психиатрии / В. Д. Вид // Клиническая экстремальная психиатрия: Сб. науч. работ. – СПб.: Изд-во Военно-медицинской академии, 2003. – С. 92–99.
13. Вопросы терапии соматоформных расстройств: медикаментозные и психотерапевтические подходы / А. А. Прибытков, А. Н. Еричев, А. П. Коцюбинский и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 4. – С. 73–80.
14. Герасименко, Н. Ф. Здоровье или табак: цифры и факты / Н. Ф. Герасименко, Д. Г. Заридзе, Г. М. Сахарова. – М.: А+Б Пабблишинг, 2007. - 80 с.
15. Гурович, И. Я. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки / И. Я. Гурович, О. О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, № 2. – С. 9–18.
16. Давыдовский, И. В. Проблема причинности в медицине (этиология) / И. В. Давыдовский. – М.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1962. – 176 с.
17. Добряк, С. Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Добряк Сергей Юрьевич: 19.00.07 – СПб., 2004. – 24 с.
18. Еричев, А. Н. Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при шизофрении: Описание клинического случая / А. Н. Еричев // Вестник психотерапии. – 2017. – № 61. – С. 7–21.
19. Еричев, А. Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом / А. Н. Еричев, А. М. Моргунова, А. П. Коцюбинский // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 51–58.
20. Еричев, А. Н. Роль психообразовательных программ в системе реабилитации больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Еричев Александр Николаевич. – СПб., 2005. – 23 с.
21. Касьяник, П. М. Диагностика ранних дезадаптивных схем / П. М. Касьяник, Е. В. Романова. – СПб.: Изд-во Политехнического ун-та, 2016. – 152 с.

22. Клинические и биосоциальные характеристики дифференциальной диагностики невротических и невротоподобных расстройств (сообщение 1) / Т. А. Караваева, И. Н. Бабурин, Е. А. Колотильщикова и др. // Психическое здоровье. – 2011. – № 8 (63). – С. 48–53.
23. Клинические и биосоциальные характеристики дифференциальной диагностики невротических и невротоподобных расстройств (сообщение 2) / Т. А. Караваева, И. Н. Бабурин, Е. А. Колотильщикова и др. // Психическое здоровье. – 2011. – № 9 (64). – С. 42–46.
24. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: доказательства эффективности и основные техники работы с галлюцинациями и бредом /Д. Туркингтон, С. Тай, С. Браун и др. // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 1(15). – С. 25–32.
25. Комплексное лечение табачной зависимости и профилактика хронической обструктивной болезни легких, вызванной курением табака: методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития N 2002/154 / А. Г. Чучалин, Г. М. Сахарова, Н.С. Антонов и др. – М., 2003. – 48 с.
26. Коновалова, Н. Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников / Н. Л. Коновалова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. – 229 с.
27. Коцюбинский, А. П. Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Коцюбинский Александр Петрович– СПб., 1999. – 46 с.
28. Коцюбинский, А. П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы) / А. П. Коцюбинский. – СПб.: СпецЛИТ, 2017. – 285 с.
29. Коцюбинский, А. П. Об адаптации психически больных (уточнение основных понятий) / А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1996. – № 2. – С. 203–212.

30. Крюкова, Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3. – С. 93–112.
31. Лутова, Н. Б. Специфика взаимодействия комбинированной психофармакотерапии и психотерапии в лечении психозов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Лутова Наталия Борисовна. – СПб., 2001. – 26 с.
32. Лутова, Н. Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06 / Лутова Наталия Борисовна. – СПб., 2013. – 49 с.
33. Маклаков, А. Г. Психофизиологические детерминанты профессиональной деятельности летчиков в экстремальных условиях / А. Г. Маклаков, С. В. Чермянин // Теоретические и прикладные основы повышения устойчивости организма к факторам полета: Материалы Всерос. науч. конф. – СПб., 1993. – С. 31–35.
34. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Р. Исаева и др. – СПб., 2009. – 37 с.
35. Овчинников, Б. В. Психическая предпатология (превентивная диагностика и коррекция) / Б. В. Овчинников, И. Ф. Дьяконов, Л. В. Богданова. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2010. – 368 с.
36. Особенности психотерапии / А. П. Коцюбинский, О.В. Гусева, А.Н. Еричев и др. // Аутохтонные непсихотические расстройства: коллективная монография / Г. Э. Мазо и др.; под ред. А. П. Коцюбинского. – СПб.: СпецЛит, 2015. – С. 332–392.
37. Посохова, С. Т. Настольная книга практического психолога / С. Т. Посохова. – М.: АСТ, 2008. – 671 с.
38. Прибытков, А. А. Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии / А. А. Прибытков, А. Н. Еричев // Обзорение психиатрии и и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2017б. – № 2. – С. 10–16.

39. Прибытков, А. А. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии / А. А. Прибытков, А. Н. Еричев // *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. – 2017а. – № 1. – С. 3–10.
40. Психодиагностика эмоциональных схем: результаты апробации русскоязычной краткой версии шкалы эмоциональных схем Р. Лихи / Н. А. Сирота, Д. В. Московченко, В. М. Ялтонский и др. // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. – 2016. – № 1. – С. 76–83.
41. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова и др. – СПб., 2005. – 48 с.
42. Савельева, О.В. Эффективность комплексной реабилитации больных шизофренией / О. В. Савельева, Н. Н. Петрова // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина*. – 2017. – Т. 12, № 3. – С. 216-224.
43. Сахарова, Г. М. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в Российской Федерации: GATS 2009 и GATS 2016 / Г. М. Сахарова, Н. С. Антонов, О. О. Салагай // *Наркология*. – 2017. – Т. 16, № 7. – С. 8–12.
44. Свердлов, Л. С. К проблеме предупреждения рецидивов при шизофрении / Л. С. Свердлов, А. И. Скорик, И. В. Галанин // *Ранняя реабилитация психически больных: Сб. науч. тр.* – Л., 1984. – Т. 108. – С.70–77.
45. Семенова, Н. Д. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / Н. Д. Семенова, И. Я. Гурович // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2014. – Т. 24, № 4. – С. 31–36.
46. Семенова, Н. Д. Мотивационные факторы и психосоциальная терапия шизофрении / Н. Д. Семенова // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2009. – Т. 19, № 2. – С. 76–82.
47. Софронов, А. Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция / А. Г. Софронов, А. А. Спикина, А. П. Савельев // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2012. – Т. 22, № 1. – С. 33–37.

48. Фаррелл Дж. М. Концептуальные основы групповой и индивидуальной схематерапии /Дж. М. Фаррелл, А. Шоу, П. М. Касьяник, Е. В. Романова // Российский психотерапевтический журнал. –2013. – № 1 (6). – С. 23–26.
49. Функциональный диагноз в психиатрии /А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина, Г. В. Бурковский и др. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 231с.
50. Характеристика средовых патопластических факторов в клинической картине шизофрении / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская и др. // Медицинский академический журнал. – 2018. – Т. 18, № 1. – С. 45–55.
51. Холмогорова, А. Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт / А. Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2007. – № 4. – С.14–20.
52. Холмогорова, А. Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, А. А. Долныкова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. –2007. –Т. 17, № 4. – С. 67–77.
53. Холмогорова, А. Б. Психотерапия шизофрении: модели, тенденции / А. Б. Холмогорова // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 2. – С. 77–112.
54. Холмогорова, А. Б. Схема-терапия Дж. Янга – один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности /А. Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22, № 2. – С. 78–87.
55. Циркин, С. Ю. Концептуальная диагностика функциональных расстройств при шизофрении: диатез и шизофрения / С. Ю. Циркин // Социальная и клиническая психиатрия. –1995. – Т. 5, № 2. – С. 114–118.
56. Циркин, С. Ю. Концепция психопатологического диатеза / С. Ю. Циркин // Независимый психиатрический журнал. – 1998. – № 4. – С. 5–8.
57. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание /А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксёнова и др. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.

58. Шмаонова, Л. М. Популяционные закономерности возникновения и течения эндогенных психозов как отражение их патогенеза / Л. М. Шмаонова, Ю. И. Либерман, В. Г. Ротштейн // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, № 8. – С. 1184–1191.
59. Ярзуткин, С. В. Стабильность и динамика темпераментального и личностного уровней индивидуальности: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Ярзуткин Сергей Валентинович. – М., 2002. – 23 с.
60. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis / P. A. Garety, E. Kuipers, D. Fowler et al. // Psychological Medicine. – 2001. – Vol. 31, № 2. – P. 189–195.
61. A naturalistic, randomized, controlled trial combining cognitive remediation with cognitive-behavioural therapy after first-episode non-affective psychosis / R. J. Drake, C. J. Day, R. Picucci et al. // Psychological Medicine – 2014. – Vol. 44, № 9. – P.1889–1899.
62. A pilot evaluation of therapist training in cognitive therapy for psychosis: Therapy quality and clinical outcomes / S. Jolley, J. Onwumere, S. Bissoli et al.// Behavioural Cognitive Psychotherapy. – 2015. – Vol. 43, № 4. – P. 478–489.
63. A pilot validation of a modified Illness Perceptions Questionnaire designed to predict response to cognitive therapy for psychosis / E. Marcus, P. Garety, J. Weinman et al. // Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry. – 2014. – Vol. 45, № 4. – P. 459–466.
64. A qualitative study to explore views of patients', carers' and mental health professionals' to inform cultural adaptation of CBT for psychosis (CBTp) in China / W. Li, L. Zhang, X. Luo, B. Liu et al. // BMC Psychiatry – 2017. – Vol. 17, № 1. – P. 131–140.
65. A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders / F. Shawyer, J. Farhall, A. Mackinnon et al. // Behaviour Research Therapy. – 2012. – Vol. 50, № 2. – P. 110–121.
66. A randomized controlled trial comparing cognitive behavior therapy, cognitive adaptation training, their combination and treatment as usual in chronic schizophrenia /

- D. I. Velligan, S. Tai, D. L. Roberts et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2014. – Vol. 41, № 3 – P. 597–603.
67. A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations / D. L. Penn, P. S. Meyer, E. Evans et al. // *Schizophrenia Research*. – 2009. – Vol. 109, № 1-3. – P. 52–59.
68. A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis / C. M. Hazell, M. Hayward, K. Cavanagh et al. // *Clinical Psychology Review*. – 2016. – Vol. 45. – P. 183–192.
69. Achieving smoking cessation in individuals with schizophrenia: Special considerations / C. Cather, G. N. Pachas, K. M. Cieslak et al. // *CNS Drugs*. – 2017. – Vol. 31, № 6. – P. 471–481.
70. Adjunctive varenicline treatment for smoking reduction in patients with schizophrenia: A randomized double-blind placebo-controlled trial / D. W. Jeon, J. C. Shim, B. G. Kong et al. // *Schizophrenia Research*. – 2016. – Vol. 176, № 2-3. – P. 206–211.
71. Adverse childhood experiences and hallucinations / C. L. Whitfield, S. R. Dube, V. J. Felitti et al. // *Child Abuse & Neglect*. – 2005. – Vol. 29, № 7. – P. 797–810.
72. Anketell, C. A preliminary qualitative investigation of voice hearing and its association with dissociation in chronic PTSD / C. Anketell, M. J. Dorahy, D. Curran // *Journal Trauma & Dissociation*. – 2010. – Vol. 12, № 1. – P. 88–101.
73. Antipsychotic Treatment and Tobacco Craving in People With Schizophrenia / H. J. Wehring, S. J. Heishman, R. P. McMahon et al. // *Journal Dual Diagnosis*. – 2017. – Vol. 13, № 1. – P. 36–42.
74. Assessing therapist adherence to recovery-focused cognitive behavioural therapy for psychosis delivered by telephone with support from a self-help guide: psychometric evaluations of a new fidelity scale / S. Hartley, P. Scarratt, S. Bucci et al. // *Behavioural Cognitive Psychotherapy*. – 2014. – Vol. 42, № 4. – P. 435–451.
75. Avatar therapy for persecutory auditory hallucinations: what is it and how does it work? / J. Leff, G. Williams, M. Huckvale et al. // *Psychosis: Psychological, Social Integrative Approaches*. – 2014. – Vol. 6, № 2. – P. 166–176.

76. Barker, V. An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis / V. Barker, A. Gumley, M. Schwannauer S. M. Lawrie // *British Journal Psychiatry*. – 2015. – Vol. 206, № 3. – P. 177–180.
77. Bebbington, P. E. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity / P. E. Bebbington, D. Bhugra, T. Brugha, N. Singleton // *British Journal Psychiatry*. – 2004. – Vol. 185, № 3. – P. 220–226.
78. Beck, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders* / A. T. Beck – New York: Meridian, 1976. – 356 p.
79. Beck, A. T. *Depression: Causes and treatment* / A. T. Beck, B. A. Alford. – Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press, 2009. – 432 p.
80. Beck, A. T. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* / A. T. Beck. – New York: Harper & Row, 1967. – 370 p.
81. Beck, A. T. *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy* / A. T. Beck, N. A. Rector, N. Stolar, P. Grant. – New York: Guilford Press, 2008. – 432 p.
82. Beck, A. T. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt / A. T. Beck // *Psychiatry*. – 1952. – Vol. 15, № 3. – P. 305–312.
83. Bentall, R. P. *Madness Explained: Psychosis and Human Nature* / R. P. Bentall. – London: Penguin Books Ltd., 2003. – 656 p.
84. Bentall, R. P. The best laid schemas of paranoid patients: autonomy, sociotropy and need for closure / R. P. Bentall, R. Swarbrick // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 2003. – Vol. 76, № 2. – P. 163–171.
85. *Bipolar disorder: a cognitive therapy approach* / C. F. Newman, R. L. Leahy, A. T. Beck et al. – Washington: American Psychological Association, 2002. – 260 p.
86. Birchwood, M. The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic / M. Birchwood, P. Trower // *British Journal Psychiatry*. – 2006. – Vol. 188, № 2. – P. 107–108.
87. Birchwood, M. *The Social Functioning Scale The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with*

- schizophrenic patients / M. Birchwood, J. O. Smith, R. Cochrane, S. C. S. Wetton // *British Journal Psychiatry*. – 1990. – Vol. 157, № 6. – P. 853–859.
88. Brain connectivity changes occurring following cognitive behavioural therapy for psychosis predict long-term recovery / L. Mason, E. Peters, S. C. Williams et al. // *Translational Psychiatry*. – 2017. – Vol. 7, № 1. – P. 1001–1010.
89. Brief Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) for schizophrenia: literature review and meta-analysis / F. Naeem, B. Khoury, T. Munshi et al. // *International Journal Cognitive Therapy*. – 2016. – Vol. 9, № 1. – P. 73–86.
90. Brief Coping Strategy Enhancement for Distressing Voices: an Evaluation in Routine Clinical Practice / M. Hayward, R. Edgecumbe, A. M. Jones et al. // *Behavioural Cognitive Psychotherapy*. – 2018. – Vol. 46, № 2 – P. 226–237.
91. Bucci, W. *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory* / W. Bucci. – New York: Guilford Press, 1997. – 362 p.
92. Busner, J. The Clinical Global Impressions Scale Applying a Research Tool in Clinical Practice / J. Busner, S.D. Targum // *Journal Psychiatry (Edgmont)*. – 2007. – Vol. 4, № 7. – P. 28–37.
93. Can Frontline Clinicians in Public Psychiatry Settings Provide Effective Psychotherapy For Psychosis? / S. E. Riggs, M. Garrett, K. Arnold et al. // *American Journal Psychotherapy*. – 2016. – Vol. 70, № 3. – P. 301–328.
94. Cantor-Graae, E. The contribution of social factors to the development of schizophrenia: a review of recent findings / E. Cantor-Graae // *Canadian Journal Psychiatry*. – 2007. – Vol. 52, № 5. – P. 277–286.
95. Cascella, N. *Medical Illness and Schizophrenia* / N. Cascella // *Journal Nervous Mental Disease*. – 2004. – Vol. 192, № 11. – P. 800–801.
96. Cather, C. Improved depressive symptoms in adults with schizophrenia during a smoking cessation attempt with varenicline and behavioral therapy / C. Cather, S. Hoepfner, G. Pachas, S. Pratt // *Journal Dual Diagnosis*. – 2017. – Vol. 13, № 3. – P. 168–178.

97. Chadwick, P. D. J. Measurement and modification of delusional beliefs / P. D. J. Chadwick, C. F. Lowe // *Journal Consulting Clinical Psychology*. – 1990. – Vol. 58, № 2. – P. 225–232.
98. Chadwick, P. Mindfulness groups for people with psychosis / P. Chadwick, K. N. Taylor, N. Abba // *Behavioural Cognitive Psychotherapy*. – 2005. – Vol. 33, № 3. – P. 351–359.
99. Chambers, R. A. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia / R. A. Chambers, J. H. Krystal, D. W. Self // *Biological Psychiatry*. – 2001. – Vol. 50, № 2. – P. 71–83.
100. Chambers, R. A. A nicotine challenge to the self-medication hypothesis in a neurodevelopmental animal model of schizophrenia / R. A. Chambers // *Journal Dual Diagnosis*. – 2009. – Vol. 5, № 2. – P. 139–148.
101. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies / F. Varese, F. Smeets, M. Drukker et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2012. – Vol. 38, № 4. – P. 661–671.
102. Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis / S. L. Matheson, A. M. Shepherd, R. Pinchbeck et al. // *Psychological Medicine*. – 2013. – Vol. 43, № 2. – P. 225–238.
103. Childhood trauma as a cause of psychosis: linking genes, psychology, and biology / R. van Winkel, M. van Nierop, I. Myin-Germeys et al. // *Canadian Journal Psychiatry*. – 2013. – Vol. 58, № 1. – P. 44–51.
104. Childhood trauma as a cause of psychosis: linking genes, psychology, and biology / R. van Winkel, M. van Nierop, I. Myin-Germeys et al. // *Canadian Journal Psychiatry*. – 2013. – Vol. 58, № 1. – P. 44–51.
105. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications / J. Read, J. van Os, A. P. Morrison et al. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2005. – Vol. 112, № 5. – P. 330–350.
106. Chong, S. A. Smoking among Chinese patients with schizophrenia / S. A. Chong, H. L. Choo // *Australian & New Zealand Journal Psychiatry*. – 1996. – Vol. 30, № 3. – P. 350–353.

107. Clozapine serum concentrations are lower in smoking than in non-smoking schizophrenic patients / N. H. Seppälä, E. V. Leinonen, M. L. Lehtonen et al. // *Pharmacology & Toxicology*. – 1999. – Vol. 85. – P. 244–246.
108. Cognitive Behavior Therapy for psychosis based Guided Self-help (CBTp-GSH) delivered by frontline mental health professionals: Results of a feasibility study / F. Naeem, R. Johal, C. McKenna et al. // *Schizophrenia Research*. – 2016. – Vol. 173, № 1. – P. 69–74.
109. Cognitive behavioral therapy normalizes functional connectivity for social threat in psychosis / L. Mason, E. R. Peters, D. Dima et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2015. – Vol. 42, № 3. – P. 684–692.
110. Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomised controlled trial / M. Birchwood, M. Michail, A. Meaden et al. // *Lancet Psychiatry*. – 2014. – Vol. 1, № 1. – P. 23–33.
111. Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia: Электронный ресурс / C. Jones, D. Hacker, I. Cormac et al. // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2012. – Vol. 4. – P. 8712. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4163968/>
112. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias / S. Jauhar, P.J. McKenna, J. Radua et al. // *British Journal Psychiatry*. – 2014. – Vol. 204, № 1. – P. 20–29.
113. Combination extended smoking cessation treatment plus home visits for smokers with schizophrenia: A randomized controlled trial / A. L. Brody, T. Zorick, R. Hubert et al. // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2017. – Vol. 19, № 1 – P. 68–76.
114. Command hallucinations and violence: implications for detention and treatment / F. Shawyer, A. Mackinnon, J. Farhall et al. // *Psychiatry, Psychology and Law*. – 2003. – Vol. 10, № 1. – P. 97–107.
115. Cooper, M. J. The effects of using imagery to modify core emotional beliefs in bulimia nervosa: An experimental pilot study / M. J. Cooper, G. Todd, H. Turner // *Journal Cognitive Psychotherapy*. – 2007. – Vol. 21, № 2. – P. 117–122.

116. Coping strategy enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms / N. TARRIER, S. Harwood, L. Yusopoff et al. // Behavioural Cognitive Psychotherapy. – 1990. – Vol. 18, № 4. – P. 283–293.
117. Cosci, F. Nicotine dependence and psychological distress: outcomes and clinical applications in smoking cessation / F. Cosci, F. Pistelli, N. Lazzarini, L. Carrozzi // Psychology Research Behavior Management. – 2011. – Vol. 4. – P. 119–128.
118. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey / M. Shevlin, J. E. Houston, M. J. Dorahy et al. // Schizophrenia Bulletin. – 2007. – Vol. 34, № 1. – P. 193–199.
119. D'Souza, M. S. Schizophrenia and tobacco smoking comorbidity: nAChR agonists in the treatment of schizophrenia-associated cognitive deficits / M. S. D'Souza, A. Markou // Neuropharmacology. – 2012. – Vol. 62, № 3. – P. 1564–1573.
120. De Leon, J. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors / J. de Leon, F. J. Diaz // Schizophrenia Research. – 2005. – Vol. 76, № 2. – P. 135–157.
121. De Leon, J. Does smoking reduce akathisia? Testing a narrow version of the self-medication hypothesis / J. de Leon, F. G. Diaz // Schizophrenia Research. – 2006. – Vol. 86, № 1-3. – P. 256–268.
122. Delusional belief flexibility and informal caregiving relationships in psychosis: a potential cognitive route for the protective effect of social support / S. Jolley, H. Ferner, P. Bebbington et al. // Epidemiology Psychiatric Sciences. – 2014. – Vol. 23, № 4. – P. 389–397.
123. Dervaux, A. Tabagisme et comorbidités psychiatriques (Smokers and psychiatric comorbidities) / A. Dervaux, X. Laqueille // La Presse Médicale. – 2016. – Vol. 45, № 12, pt. 1. – P. 1133–1140.
124. Determinants of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study / J. Pomerleau, A. Gilmore, M. McKee et al. // Addiction. – 2004. – Vol. 99, № 12. – P. 1577–1585.

125. Differential prevalence of cigarette smoking in patients with schizophrenic vs mood disorders / A. Diwan, M. Castine, C. S. Pomerleau et al. // *Schizophrenia Research*. – 1998. – Vol. 33, № 1-2. – P. 113–118.
126. Do cognitive schema mediate the association between childhood trauma and being at ultra-high risk for psychosis? / E. Appiah-Kusi, H. L. Fisher, N. Petros et al. // *Journal Psychiatric Research*. – 2017. – Vol. 88. – P. 89–96.
127. Durany, N. Human post-mortem striatal $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor density in schizophrenia and Parkinson's syndrome / N. Durany, R. Zöchling, K.W. Boissl et al. // *Neuroscience Letters*. – 2000. – Vol. 287, № 2. – P. 109–112.
128. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis / M. R. Stafford, H. Jackson, E. Mayo-Wilson et al. // *BMJ*. – 2013. – Vol. 346. – P. 185–194.
129. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study / C. Bortolon, D. Capdevielle, J. Boulenger et al. // *Psychiatry Research*. – 2013. – Vol. 209, № 3. – P. 361–366.
130. Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders / Z. Unoka, T. Tölgyes, P. Czobor et al. // *Journal Nervous Mental Disease*. – 2010. – Vol. 198, № 6. – P. 425–431.
131. Effectiveness of a brief group cognitive behavioral therapy for auditory verbal hallucinations: a 6-month follow-up study / A. Zanello, S. Mohr, M.C. Merlo et al. // *Journal Nervous Mental Disease*. – 2014. – Vol. 202, № 2. – P. 144–153.
132. Effects of acute abstinence, reinstatement, and mecamylamine on biochemical and behavioral measures of cigarette smoking in schizophrenia / A. H. Weinberger, K. A. Sacco, C. L. Creeden et al. // *Schizophrenia Research*. – 2007. – Vol. 91, № 1-3. – P. 217–225.
133. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis / D. Freeman, G. Dunn, H. Startup et al. // *Lancet Psychiatry*. – 2015. – Vol. 2, № 4. – P. 305–313.

134. Effects of smoking abstinence on visuospatial working memory function in schizophrenia / T. P. George, J. C. Vessicchio, A. Termine et al. // *Neuropsychopharmacology*. – 2002. – Vol. 26, № 1. – P. 75–85.
135. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: a systematic review and network meta-analysis / E. Roberts, A. Eden Evins, A. McNeill et al. // *Addiction*. – 2016. – Vol. 111, № 4. – P. 599–612.
136. Eichner, C. Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators / C. Eichner, F. Berna // *Schizophrenia Bulletin*. – 2016. – Vol. 42, № 4. – P. 952–962.
137. Electronic cigarette use in patients with schizophrenia: Prevalence and attitudes / B. J. Miller, A. Wang, J. Wong et al. // *Annals Clinical Psychiatry*. – 2017. – Vol. 29, № 1. – P. 4–10.
138. El-Guebaly, N. Schizophrenia and substance abuse: prevalence issues / N. El-Guebaly, D. C. Hodgins // *Canadian Journal Psychiatry*. – 1992. – Vol. 37, № 10. – P. 704–710.
139. Elucidating the role of Early Maladaptive Schemas for psychotic symptomatology / J. Sundag, L. Ascone, A. de Matos Marques et al. // *Psychiatry Research*. – 2016. – Vol. 238. – P. 53–59.
140. Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations / B. Smith, D. G. Fowler, D. Freeman et al. // *Schizophrenia Research*. – 2006. – Vol. 86, № 1-3. – P. 181–188.
141. eNOS and XRCC4 VNTR variants contribute to formation of nicotine dependence and/or schizophrenia / S. Pehlivan, M. A. Uysal, P. C. Aydin et al. // *Bratislavske Lekarske Listy // Bratislava Medical Journal*. – 2017. – Vol. 118, № 8. – P. 467–471.
142. Expanding the range of ZNF804A variants conferring risk of psychosis / S. Steinberg, O. Mors, A. D. Børghlum et al. // *Molecular Psychiatry*. – 2011. – Vol. 16, № 1. – P. 59–66.
143. Expressive suppression is associated with state paranoia in psychosis: An experience sampling study on the association between adaptive and maladaptive emotion regulation

- strategies and paranoia / C. M. Nittel, T. M. Lincoln, F. Lamster et al. // *British Journal Clinical Psychology*. – 2018. – Vol. 57, № 3. – P. 291–312.
144. Fagerström, K. O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment / K. O. Fagerström // *Addictive Behaviors*. – 1978. – Vol. 3, № 3-4. – P. 235–241.
145. Freeman, D. Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations / D. Freeman, P. A. Garety // *Behaviour Research Therapy*. – 2003. – Vol. 41, № 8. – P. 923–947.
146. Freeman, D. Helping patients with paranoid and suspicious thoughts: a cognitive-behavioural approach / D. Freeman, P. Garety // *Advances Psychiatric Treatment*. – 2006. – Vol. 12, № 6. – P. 404–415.
147. Gaag, M. van der. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis / M. van der Gaag, L. R. Valmaggia, F. Smit // *Schizophrenia Research*. – 2014. – Vol. 156, № 1. – P. 30–37.
148. Garety, P. A. The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable / P. A. Garety, D. Freeman // *British Journal Psychiatry*. – 2013. – Vol. 203, № 5. – P. 327–333.
149. George, T. P. Comorbidity of psychiatric and substance abuse disorders / T. P. George, J. H. Krystal // *Current Opinion Psychiatry*. – 2000. – Vol. 13, № 3. – P. 327–331.
150. Goff, D. C. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects / D. C. Goff, D. C. Henderson, E. Amico // *American Journal Psychiatry*. – 1992. – Vol. 149, №. 9. – P. 118–1194.
151. Gottesman, I. I. Family and twin strategies as a head start in defining prodromes and endophenotypes for hypothetical early-interventions in schizophrenia / I. I. Gottesman, L. Erlenmeyer-Kimling // *Schizophrenia Research*. – 2001. – Vol. 51, № 1. – P. 93–102.
152. Gottesman, I. I. Schizophrenia genetic risks: a guide to genetic counselling for consumers, their families, and mental health workers / I. I. Gottesman, S. J. Aston, S. J. Moldin. – 2 nd ed. – Arlington, 1999. – P. 87-91

153. Gottlieb, J. D. Randomized controlled trial of an internet cognitive behavioral skills-based program for auditory hallucinations in persons with psychosis / J. D. Gottlieb, V. Gidugu, M. Maru, M. C. Tepper // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. – 2017. – Vol. 40, № 3. – P. 283–292.
154. Gottschling, D. E. Summary: epigenetics – from phenomenon to field / D. E. Gottschling // *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology*. – Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2004. – Vol. LXIX. – P. 507–520.
155. Greenberg, L. S. Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration / L. S. Greenberg // *Journal Psychotherapy Integration*. – 2002. – Vol. 12, № 2. – P. 154–189.
156. Group CBT for psychosis: a longitudinal, controlled trial with inpatients / M. Owen, W. Sellwood, S. Kan et al. // *Behaviour Research Therapy*. – 2015. – Vol. 65. – P. 76–85.
157. Guided self-help cognitive-behaviour Intervention for VoicEs (GiVE): Results from a pilot randomised controlled trial in a transdiagnostic sample / C. M. Hazell, M. Hayward, K. Cavanagh et al. // *Schizophrenia Research*. – 2018. – Vol. 195. – P. 441–447.
158. Gumley, A. *Staying Well After Psychosis: A Cognitive Interpersonal Approach to Recovery and Relapse Prevention* / A. Gumley, M. Schwannauer. – Chichester: John Wiley & Sons, 2006. – 308 p.
159. Guy, W. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* / W. Guy. – Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare, 1976. – 616 p.
160. Haloperidol dosing requirements: the contribution of smoking and nonlinear pharmacokinetics / J. P. Perry, D. D. Miller, S. V. Arndt et al. // *Journal Clinical Psychopharmacology*. – 1993. – Vol. 13. – P. 46–51.
161. Hardy, A. Psychological mechanisms mediating effects between trauma and psychotic symptoms: the role of affect regulation, intrusive trauma memory, beliefs, and depression / A. Hardy, R. Emsley, D. Freeman // *Schizophrenia Bulletin*. – 2016. – Vol. 42, № 1. – P. 34–43.

162. Hawke, L. D. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder / L. D. Hawke, M. D. Provencher // *Journal Affective Disorders*. – 2012. – Vol. 136, № 3. – P. 803–811.
163. Hennekens, C. H. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia / C. H. Hennekens // *Journal Clinical Psychiatry*. – 2007. – Vol. 68, suppl. 4. – P. 4–7.
164. Hickman, N. J. A population-based examination of cigarette smoking and mental illness in Black Americans / N. J. Hickman, K. L. Delucchi, J. J. Prochaska // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2010. – Vol. 12, № 11. – P. 1125–1132.
165. Howells, F. M. Can cognitive behaviour therapy beneficially influence arousal mechanisms in psychosis? / F. M. Howells, D. S. Baldwin, D. G. Kingdon // *Human Psychopharmacology*. – 2016. – Vol. 31, № 1 – P. 64–69.
166. Howes, O. D. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model / O. D. Howes, R. M. Murray // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383, № 9929. – P. 1677–1687.
167. Hughes, J. R. Physical dependence on nicotine in gum: a placebo substitution trial / J. R. Hughes, D. K. Hatsukami, K. Skoog // *JAMA*. – 1986. – Vol. 255, № 23. – P. 3277–3279.
168. Huppert, J. D. Use of self-report measures of anxiety and depression in outpatients with schizophrenia: reliability and validity / J. D. Huppert, T. E. Smith, W. J. Apfeldorf // *Journal Psychopathology Behavioral Assessment*. – 2002. – Vol. 24, № 4. – P. 275–283.
169. Imagery and psychotic symptoms: A preliminary investigation / A. P. Morrison, A. T. Beck., D. Glentworth et al. // *Behaviour Research Therapy*. – 2002. – Vol. 40, № 9. – P. 1053–1062.
170. Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories / C. R. Brewin, J. Wheatley, T. Patel et al. // *Behaviour Research Therapy*. – 2009. – Vol. 47, № 7. – P. 569–576.
171. Implementing cognitive behavioral therapy for psychosis: An international survey of clinicians' attitudes and obstacles / T. Lecomte, C. Samson, F. Naeem et al. // *Psychiatric Rehabilitation Journal*. – 2018. – Vol. 41, № 2. – P. 141–148.

172. Implementing cognitive therapies into routine psychosis care: organisational foundations / F. Dark, H. Whiteford, N. M. Ashkanasy et al. // *BMC Health Services Research*. – 2015. – Vol. 15. – P. 310–316.
173. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper / P. A. Garety, P. Bebbington, D. Fowler et al. // *Psychological Medicine*. – 2007. – Vol. 37, № 10. – P. 1377–1391.
174. In vivo evidence for $\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor subunit upregulation in smokers as compared with nonsmokers with schizophrenia / I. Esterlis, M. Ranganathan, F. Bois et al. // *Biological Psychiatry*. – 2014. – Vol. 76, № 6. – P. 495–502.
175. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives / D. Lichtermann, J. Ekelund, E. Pukkala et al. // *Archives General Psychiatry*. – 2001. – Vol. 58, № 6. – P. 573–578.
176. Increased caudate dopamine D2 receptor availability as a genetic marker for schizophrenia / J. Hirvonen, T. G. van Erp, J. Huttunen et al. // *Archives General Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62, № 4. – P. 371–378.
177. Individual Resiliency Training (IRT). A Part of the NAVIGATE Program for First Episode Psychosis. Clinician Manual: Электронный ресурс / D. L. Penn, P. S. Meyer, J. D. Gottlieb et al. – Bethesda, MD: National Institute of Mental Health, 2014. – 936 p. –
– Режим доступа:
<http://www.raiseetp.org/studymanuals/IRT%20Complete%20Manual.pdf>.
178. Intrusive mental imagery in patients with persecutory delusions / K. Schulze, D. Freeman, C. Green et al. // *Behaviour Research Therapy*. – 2013. – Vol. 51, № 1. – P. 7–14.
179. It is feasible and effective to help patients with severe mental disorders to quit smoking: An ecological pragmatic clinical trial with transdermal nicotine patches and varenicline / M. P. Garcia-Portilla, L. Garcia-Alvarez, F. Sarramea et al. // *Schizophrenia Research*. – 2016. – Vol. 176. № 2-3. – P. 272–280.
180. Jackson, H. J. Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus Befriending for first-episode psychosis: the ACE project / H. J.

- Jackson, P. D. McGorry, E. Killackey // *Psychological Medicine*. – 2008. – Vol. 38, № 5. – P. 725–735.
181. Janssen, I. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences / I. Janssen, L. Krabbendam, M. Bak, M. Hanssen // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2004. – Vol. 109, № 1. – P. 38–45.
182. Jovev, M. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals / M. Jovev, H. J. Jackson // *Journal Personality Disorders*. – 2004. – Vol. 18, № 5. – P. 467–478.
183. Kabat-Zinn, J. *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body & Mind to Face Stress, Pain & Illness* / J. Kabat-Zinn, T. N. Nanh. – New York: Delta Trade, 2009. – 720 p.
184. Kay, S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // *Schizophrenia Bulletin*. – 1987. – Vol. 13, № 2. – P. 261–276.
185. Kayrouz, R. Fatal torment – From psychosis-driven index offence to trauma: a case study in forensic psychotherapy, trauma therapy and matricide / R. Kayrouz, L. P. Vrkleviski // *Australasian Psychiatry*. – 2015. – Vol. 23, № 1. – P. 54–58.
186. Kellogg, S. H. *Cognitive therapy* / S. H. Kellogg, J. E. Young // *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice* / Ed. by J. L. Lebow. – Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2008. – P. 43–79.
187. Kennedy, L. Cognitive behavioral therapy compared with non-specialized therapy for alleviating the effect of auditory hallucinations in people with reoccurring schizophrenia: a systematic review and meta-analysis / L. Kennedy, A. Xyrichis // *Community Mental Health Journal*. – 2017. – Vol. 53, № 2. – P. 127–133.
188. Kesting, M. L. The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: a systematic review / M. L. Kesting, T. M. Lincoln // *Comprehensive Psychiatry*. – 2013. – Vol. 54, № 7. – P. 766–789.
189. Kimhy, D. *Cognitive-Behavioral Therapy for Olfactory Hallucinations and Associated Delusions: A Case Report* / D. Kimhy // *American Journal Psychotherapy*. – 2016. – Vol. 70, № 1. – P. 117–123.

190. Kingdon, D. Cognitive behaviour therapy of schizophrenia: The amenability of delusions and hallucinations to reasoning / D. Kingdon, D. Turkington, C. John // *British Journal Psychiatry*. – 1994. – Vol. 164, № 5. – P. 581–587.
191. Kingdon, D. Developing a Dialogue with Voices Case / D. Kingdon // *Case study guide cognitive behaviour therapy psychosis* / Ed. by D. Kingdon, D. Turkington. – Chichester: John Wiley & Sons, 2002. – Ch. 7. – P. 85–92.
192. Kingdon, D. G. The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: preliminary report / D. G. Kingdon, D. Turkington // *Journal Nervous Mental Disease*. – 1991. – Vol. 179, № 4. – P. 207–211.
193. Knable, M. B. Dopamine, the prefrontal cortex and schizophrenia / M. B. Knable, D. R. Weinberger // *Journal of Psychopharmacology*. – 1997. – Vol. 11, № 2. – P. 123–131.
194. Kumari, V. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses / V. Kumari, P. Postma // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2005. – Vol. 29, № 6. – P. 1021–1034.
195. L'influence entre les schémas précoces inadaptés et la dépression [Influence between early maladaptive schemas and depression] / A. Cormier, B. Jourda, C. Laros et al. // *L'Encéphale*. – 2011. – Vol. 37, № 4. – P. 293–298.
196. Lakhan, S. E. Schizophrenia genomics and proteomics: are we any closer to biomarker discovery? / S. E. Lakhan, A. Kramer // *Behavioral Brain Functions*. – 2009. – Vol. 5, № 1. – P. 2–5.
197. Lazarus, R. S. *Stress, Appraisal and Coping* / R. S. Lazarus, S. Folkman. - New York: Springer Publ. Co., 1984. – 456 p.
198. Leahy, R. L. A model of emotional schemas / R. L. Leahy // *Cognitive Behavioral Practice*. – 2002. – Vol. 9, № 3. – P.177–190.
199. Leahy, R. L. *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide* / R. L. Leahy. – New York-London: Guilford Press, 2003. – 347 p.
200. Leahy, R. L. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide* / R. L. Leahy, D. Tirsch, L. A. Napolitano. – New York: Guilford Press, 2011. – 304 p.

201. Leahy, R. L. Emotional schemas and relationship adjustment / R. L. Leahy, D. Kaplan // Paper presented annual meeting Association Advancement Behavior Therapy. – New Orleans, LA., 2004. – Article 54. – P. 47-51
202. Lee, C. W. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample / C. W. Lee, G. Taylor, J. Dunn // Cognitive Therapy Research. – 1999. – Vol. 23, № 4. – P. 441–451.
203. Lincoln T. M. A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations / T. M. Lincoln, E. Peters // Schizophrenia Research. – 2018. – Vol. 203. – P. 66–79.
204. Lombardo, T. W. Failure to support the validity of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire as a measure of tolerance to nicotine / T. W. Lombardo, J. R. Hughes, J. D. Fross // Addictive Behaviors. – 1988. – Vol. 13, № 1. – P. 87–90.
205. Maintenance pharmacotherapy normalizes the relapse curve in recently abstinent tobacco smokers with schizophrenia and bipolar disorder / A. E. Evins, S. S. Hoepfner, D. A. Schoenfeld et al. // Schizophrenia Research. – 2017. – Vol. 183. – P.124–129.
206. Maj, M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria / M. Maj // World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10, № 2. – P. 81–82.
207. Mankiewicz, P. D. Cognitive restructuring and graded behavioural exposure for delusional appraisals of auditory hallucinations and comorbid anxiety in paranoid schizophrenia: Электронный ресурс / P. D. Mankiewicz, C. Turner // Case Reports Psychiatry. – 2014. – Vol. 2014. – Article ID 124564. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/124564>.
208. Masterson, E. Smoking and malignancy in schizophrenia / E. Masterson, B. O'Shea // British Journal Psychiatry. – 1984. – Vol. 145, № 4. – P. 429–432.
209. McEvoy, J. P. Smoking in first-episode patients with schizophrenia / J. P. McEvoy, S. Brown // American Journal Psychiatry. – 1999. – Vol. 156, № 7. – P. 1120–1121.
210. McKenna, P. Has cognitive behavioural therapy for psychosis been oversold?: Электронный ресурс / P. McKenna, D. Kingdon // BMJ. – 2014. – Vol. 348, g2295. – Режим доступа: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g2295>.

211. Measuring the heaviness of smoking using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day / T. F. Heatherton, L.T. Kozlowski, R.C. Frecker et al. // *British Journal Addiction*. – 1989. – Vol. 84, № 7. – P. 791–800.
212. Meyer, J. M. Individual changes in clozapine levels after smoking cessation: results and a predictive model / J. M. Meyer // *Journal Clinical Psychopharmacology*. – 2001. – Vol. 21, № 6. – P. 569–574.
213. Milton, F. Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients / F. Milton, V. K. Patwa, R. J. Hafner // *British Journal Medical Psychology*. – 1978. – Vol. 51, № 2. – P. 127–130.
214. Morrison, A. P. A manualised treatment protocol to guide delivery of evidence-based cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials / A. P. Morrison // *Psychosis*. – 2017. – Vol. 9, № 3. – P. 271–281.
215. Morrison, A. P. The use of imagery in cognitive therapy for psychosis: A case example / A. P. Morrison // *Memory*. – 2004. – Vol. 12, № 4. – P. 517–524.
216. Naeem, F. Cognitive behavioral therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia / F. Naeem, S. Farooq, D. Kingdon // *Schizophrenia Bulletin*. – 2014. – Vol. 40, № 5. – P. 958–959.
217. Neuronal effects of nicotine during auditory selective attention / J. Smucny, A. Olincy, L. S. Eichman et al. // *Psychopharmacology*. – 2015. – Vol. 232, № 11. – P. 2017–2028.
218. Newcomer, J. W. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease / J. W. Newcomer, C. H. Hennekens // *JAMA*. – 2007. – Vol. 298, № 15. – P. 1794–1796.
219. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia / T. P. George, D. M. Ziedonis, A. Feingold et al. // *American Journal Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157, № 11. – P. 1835–1842.
220. Nicotine-haloperidol interactions and cognitive performance in schizophrenics / E. D. Levin, C. K. Conners, E. Sparrow et al. // *Neuropsychopharmacology*. – 1996. – Vol. 15, № 5. – P. 429–436.

221. Nicotinic modulation of mesoprefrontal dopamine neurons: pharmacologic and neuroanatomic characterization / T. P. George, C. D. Verrico, M. R. Picciotto et al. // *Journal Pharmacology Experimental Therapeutics*. – 2000. – Vol. 295, № 1. – P. 58–66.
222. Nicotinic modulation of salience network connectivity and centrality in schizophrenia / J. Smucny, K. P. Wylie, E. Kronberg et al. // *Journal Psychiatric Research*. – 2017. – Vol. 89. – P. 85–96.
223. Nicotinic receptors in the brain: links between molecular biology and behavior / M. R. Picciotto, B. J. Caldarone, S. L. King et al. // *Neuropsychopharmacology*. – 2000. – Vol. 22, № 5. – P. 451–465.
224. Nieratschker, V. New genetic findings in schizophrenia: is there still room for the dopamine hypothesis of schizophrenia?: Электронный ресурс / V. Nieratschker, M. M. Nöthen, M. Rietschel // *Frontiers Behavioral Neuroscience*. – 2010. – Vol. 4, Article ID 23. – Режим доступа: http://www.frontiersin.org/Behavioral_Neuroscience/archive.
225. O’Keeffe, J. A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis / J. O’Keeffe, R. Conway, B. McGuire // *Schizophrenia Research*. – 2017. – Vol. 183. – P. 22–30.
226. O’Farrell, T. J. Addictive behaviors among hospitalized psychiatric patients / T. J. O’Farrell, G. J. Connors, D. Upper // *Addictive Behaviors*. – 1983. – Vol. 8, № 4. – P. 329–333.
227. Olincy, A. Increased levels of the nicotine metabolite cotinine in schizophrenic smokers compared to other smokers / A. Olincy, D. A. Young, R. Freedman // *Biological Psychiatry*. – 1997. – Vol. 42, № 1. – P. 1–5.
228. Opportunities and challenges in Improving Access to Psychological Therapies for people with Severe Mental Illness (IAPT-SMI): evaluating the first operational year of the South London and Maudsley (SLaM) demonstration site for psychosis / S. Jolley, P. Garety, E. Peters et al. // *Behaviour Research Therapy*. – 2015. – Vol. 64. – P. 24–30.
229. Orbitofrontal cortex, emotional decision-making and response to cognitive behavioural therapy for psychosis / P. Premkumar, D. Fannon, A. Sapara et al. // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. – 2015. – Vol. 231, № 3. – P. 298–307.

230. Pankey, J. Acceptance and commitment therapy for psychosis / J. Pankey, S. C. Hayes // *International Journal Psychology Psychological Therapy*. – 2003. – Vol. 3, № 2. – P. 311–328.
231. Parikh, V. NACHR dysfunction as a common substrate for schizophrenia and comorbid nicotine addiction: Current trends and perspectives / V. Parikh, M. G. Kutlu, T. J. Gould // *Schizophrenia Research*. – 2016. – Vol. 171, № 1-3. – P. 1–15.
232. Patient Factors that Impact upon Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis: Therapists' Perspectives / S. Currell, T. Christodoulides, J. Siitarinen et al. // *Behavioural Cognitive Psychotherapy*. – 2016. – Vol. 44, № 4. – P. 493–498.
233. Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis / E. Jung, M. Wiesjahn, W. Rief et al. // *British Journal Clinical Psychology*. – 2015. – Vol. 54, № 1. – P. 34–48.
234. Picciotto, M. R. Neuronal systems underlying behaviors related to nicotine addiction: neural circuits and molecular genetics / M. R. Picciotto, W. A. Corrigall // *Journal Neuroscience*. – 2002. – Vol. 226 - № 9. – P. 3338–3341.
235. Pituitary volume reduction in schizophrenia following cognitive behavioural therapy / P. Premkumar, D. Bream, A. Sapara et al. // *Schizophrenia Research*. – 2018. – Vol. 192. – P. 416-422.
236. Positron emission tomography experience with 2-[18F] fluoro-3-(2(s)-azetidinylmethoxy) pyridine (2-[18F] FA) in the living human brain of smokers with paranoid schizophrenia / J. R. Brašić, N. Cascella, A. Kumar et al. // *Synapse*. – 2012. – Vol. 66, № 4. – P. 352–368.
237. Preliminary evaluation of culturally adapted CBT for psychosis (CA-CBTp): findings from developing culturally-sensitive CBT project (DCCP) / N. Habib, S. Dawood, D. Kingdon et al. // *Behavioural Cognitive Psychotherapy*. – 2015. – Vol. 43, № 2. – P. 200–208.
238. Presynaptic regulation of dopamine transmission in schizophrenia / G. J. Lyon, A. Abi-Dargham, H. Moore et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2009. – Vol. 37, № 1. – P. 108–117.

239. Psychiatric considerations in pulmonary disease / G. Shanmugam, S. Bhutani, D. A. Khan et al. // *Psychiatric Clinics North Am.* – 2007. – Vol. 30, № 4. – P. 761–780.
240. Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research / N. Thomas, M. Hayward, E. Peters et al. // *Schizophrenia Bulletin.* – 2014. – Vol. 40, № 4. – P. 202–212.
241. Radhakrishnan, R. Gone to pot – a review of the association between cannabis and psychosis / R. Radhakrishnan, S. T. Wilkinson, D. C. D'Souza // *Frontiers Psychiatry.* – 2014. – Vol. 5. – P. 54–72.
242. Read, J. Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse/ J. Read, N. Argyle // *Psychiatric Services.* – 1999. – Vol. 50, № 11. – P. 1467–1472.
243. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study / V. J. Felitti, R. F. Anda, D. Nordenberg et al. // *American Journal Preventive Medicine.* – 1998. – Vol. 14, № 4. – P. 245–258.
244. Reliability of the Fagerström Test for Nicotine Dependence, Minnesota Nicotine Withdrawal Scale, and Tiffany Questionnaire for Smoking Urges in smokers with and without schizophrenia / A. H. Weinberger, E. L. Reutenauer, T. M. Allen et al. // *Drug & Alcohol Dependence.* – 2007. – Vol. 86, № 2. – P. 278–282.
245. Revisiting DARPP-32 in postmortem human brain: changes in schizophrenia and bipolar disorder and genetic associations with t-DARPP-32 expression / Y. Kunii, T.M. Hyde, T.Y. Ye et al. // *Molecular Psychiatry.* – 2014. – Vol. 19, № 2. – P. 192–199.
246. Sacco, K. A. Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders / K. A. Sacco, K. L. Bannon, T. P. George // *Journal Psychopharmacology.* – 2004. – Vol. 18, № 4. – P. 457–474.
247. Sáiz Martínez, P. A. Effects of nicotine abstinence on clinical symptoms. Study at 3 and 6-months follow-up of outpatients with schizophrenia / P. A. Sáiz Martínez, S. Al-Halabí, S. Fernández-Artamendi // *European Psychiatry.* – 2016. – Vol. 33. – P. 261–262.

248. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital // J. de Leon, M. Dadvand, C. Canuso et al. // *American Journal Psychiatry*. – 1995. – Vol. 152, № 3. – P. 453–455.
249. Schizophrenia, sensory gating, and nicotinic receptors/ L. E. Adler A. Olincy, M. Waldo et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – 1998. – Vol. 24, № 2. – P. 189–202.
250. Serruya, G. Cognitive-behavioral therapy of delusions: mental imagery within a goal-directed framework / G. Serruya, P. Grant // *Journal Clinical Psychology*. – 2009. – Vol. 65, № 8. – P. 791–802.
251. Service user satisfaction with cognitive behavioural therapy for psychosis: Associations with therapy outcomes and perceptions of the therapist / C. Lawlor, B. Sharma, M. Khondoker et al. // *British Journal Clinical Psychology*. – 2017. – Vol. 56, № 1. – P. 84–102.
252. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder / J. Read, K. Agar, N. Argyle et al. // *Psychology Psychotherapy: Theory, research and practice*. – 2003. – Vol. 76, № 1. – P. 1–22.
253. Siever L. J. Pathophysiology of schizophrenic disorders: perspectives from the spectrum / L. J. Siever, K. L. Davis // *American Journ Psychiatry*. – 2004. - Vol.161. - № 3. - P. 398-413.
254. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study / K. Lasser, J.W. Boyed, S. Woolhandler et al. // *JAMA*. – 2000. – Vol. 284, №. 20. – P. 2606–2610.
255. Smoking and movement disorders in psychiatric patients / M. A. Menza, N. Grossman, M. Van Horn et al. // *Biological Psychiatry*. – 1991. – Vol. 30, № 2. – P. 109–115.
256. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia / J. Addington, N. el-Guebaly, W. Campbell et al. // *American Journal Psychiatry*. – 1998. – Vol. 155, № 7. – P. 974–975.
257. Smoking duration, respiratory symptoms, and COPD in adults aged ≥ 45 years with a smoking history / Y. Liu, R.A. Pleasants, J.B. Croft et al. // *International Journal Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. – 2015. – Vol. 10. – P. 1409–1416.

258. Smucny, J. Nicotine restores functional connectivity of the ventral attention network in schizophrenia / J. Smucny, A. Olincy, J. R. Tregellas // *Neuropharmacology*. – 2016. – Vol. 108. – P. 144–151.
259. Smucny, J. Targeting neuronal dysfunction in schizophrenia with nicotine: Evidence from neurophysiology to neuroimaging / J. Smucny, J. R. Tregellas // *Journal Psychopharmacology*. – 2017. – Vol. 31, № 7. – P. 801–811.
260. Snitz, B. E. Cognitive deficits in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients: a meta-analytic review of putative endophenotypes / B. E. Snitz, A. W. Macdonald, C. S. Carter // *Schizophrenia Bulletin*. – 2006. – Vol. 32, № 1. – P. 179–194.
261. Spitzer, R. L. Research diagnostic criteria: rationale and reliability / R. L. Spitzer, J. Endicott, E. Robins // *Archives General Psychiatry*. – 1978. – Vol. 35, № 6. – P. 773–782.
262. Spring, B. Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpatient smokers / B. Spring, R. Pingitore, D. E. McChargue // *American Journal Psychiatry*. – 2003. – Vol. 160, № 2. – P. 316–322.
263. Stankiewicz, A. M. Epigenetics of stress adaptations in the brain / A. M. Stankiewicz, A. H. Swiergiel, P. Lisowski // *Brain Research Bulletin*. – 2013. – Vol. 98. – P. 76–92.
264. Strand, J. E. Tobacco use in schizophrenia: a study of cotinine concentrations in the saliva of patients and controls / J. E. Strand, H. Nybäck // *European Psychiatry*. – 2005. – Vol. 20, № 1. – P. 50–54.
265. Sullivan, P. F. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies / P. F. Sullivan, K. S. Kendler, M. C. Neale // *Archives General Psychiatry*. – 2003. – Vol. 60, № 12. – P. 1187–1192.
266. Tai, S. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments / S. Tai, D. Turkington // *Schizophrenia Bulletin*. – 2009. – Vol. 35, № 5. – P. 865–873.
267. TARRIER, N. A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome / N. TARRIER, R.

- Beckett, S. Harwood, A. Baker // *British Journal of Psychiatry*. – 1993. – Vol. 162, № 4. – P. 524–532.
268. Taylor, C. D. Early maladaptive schema, social functioning and distress in psychosis: A preliminary investigation / C. D. Taylor, S. F. Harper // *Clinical Psychologist*. – 2017. – Vol. 21, № 2. – P. 135–142.
269. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements / L. B. Dixon, F. Dickerson, A. Bellack et al. // *Schizophrenia Bulletin*. – 2009. – Vol. 36, № 1. – P. 48–70.
270. The Brief Core Schema Scales (BCSS): psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples / D. Fowler, D. Freeman, B. E. N. Smith et al. // *Psychological Medicine*. – 2006. – Vol. 36, № 6. – P. 749–759.
271. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders / V. Delattre, D. Servant, S. Rusinek et al. // *L'Encephale*. – 2004. – Vol. 30, № 3. – P. 255–258.
272. The effect of smoking on lung function: a clinical study of adult-onset asthma / M. Tommola, P. Ilmarinen, L.E. Tuomisto et al. // *European Respiratory Journal*. – 2016. – Vol. 48, № 5 – P. 1298–1306.
273. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire / T. F. Heatherton, L. T. Kozlowski, R. C. Frecker et al. // *British Journal Addiction*. – 1991. – Vol. 86, № 9. – P. 1119–1127.
274. The history of childhood trauma among individuals with ultra high risk for psychosis is as common as among patients with first-episode schizophrenia / S. Şahin, Ç. Yüksel, J. Güler et al. // *Early Intervention Psychiatry*. – 2013. – Vol. 7, № 4. – P. 414–420.
275. The impact of social stress on self-esteem and paranoid ideation / M. L. Kesting, M. Bredenpohl, J. Klenke et al. // *Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry*. – 2013. – Vol. 44, № 1. – P. 122–128.
276. The importance of human relationships, ethics and recovery-orientated values in the delivery of CBT for people with psychosis / A. Brabban, R. Byrne, E. Longden et al. // *Psychosis*. – 2017. – Vol. 9, № 2. – P. 157–166.

277. The long-term effectiveness of cognitive behavior therapy for psychosis within a routine psychological therapies service / E. Peters, T. Crombie, D. Agbedjro et al. // *Frontiers Psychology*. – 2015. – Vol. 6 – P. 1658–1670.
278. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas / N. B. Schmidt, T. E. Joiner, J. E. Young et al. // *Cognitive Therapy Research*. – 1995. – Vol. 19, № 3. – P. 295–321.
279. The use of rescripting imagery for people with psychosis who hear voices / R. Ison, L. Medoro, N. Keen et al. // *Behavioural Cognitive Psychotherapy*. – 2014. – Vol. 42, № 2 – P. 129–142.
280. Tiernan, B. Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature / B. Tiernan, R. Tracey, C. Shannon // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 216, № 3. – P. 303–313.
281. Tseng, K. Y. The neonatal ventral hippocampal lesion as a heuristic neurodevelopmental model of schizophrenia / K. Y. Tseng, R. A. Chambers, B. K. Lipska // *Behavioural Brain Research*. – 2009. – Vol. 204, № 2. – P. 295–305.
282. Turkington, D. Cognitive behavior therapy for schizophrenia / D. Turkington, D. Kingdon, P. J. Weiden // *American Journal Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163, № 3. – P. 365–373.
283. Turkington, D. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia / D. Turkington, D. Kingdon, T. Turner // *British Journal Psychiatry*. – 2002. – Vol. 180, № 6. – P. 523–527.
284. Understanding clinician attitudes towards implementation of guided self-help cognitive behaviour therapy for those who hear distressing voices: using factor analysis to test normalisation process theory / C. M. Hazell, C. Strauss, M. Hayward et al. // *BMC Health Services Research*. – 2017. – Vol. 17, № 1. – P. 507–518.
285. Vocci, F. Consensus Statement on Evaluation of Outcomes for Pharmacotherapy of Substance Abuse/Dependence: Report from a NIDA/CPDD meeting / F. Vocci, H. DeWit. – Bethesda: National Institute Drug Abuse Medications Development Division, 1999.

286. Volkow, N. D. Substance use disorders in schizophrenia – clinical implications of comorbidity / N. D. Volkow // *Schizophrenia Bulletin* – 2009. – Vol. 53, № 3. – P. 469–724.
287. WeClinical characteristics of heavy and non-heavy smokers with schizophrenia / H. J. Wehring, F. Liu, R. P. McMahon et al. // *Schizophrenia Research*. – 2012. – Vol. 138, № 2. – P. 285–289.
288. Wells, A. *Attention and Emotion: A clinical perspective* / A. Wells, G. Matthews. – Hove: Lawrence Erlbaum Publ., 1994. – 420 p.
289. Wells, A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder / A. Wells // *Behavioural Cognitive Psychotherapy*. – 1995. – Vol. 23, № 3. – P. 301–320.
290. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial / T. Wykes, P. Hayward, N. Thomas et al. // *Schizophrenia Research*. – 2005. – Vol. 77, № 2-3. – P. 201–210.
291. What is the minimal dose of cognitive behavior therapy for psychosis? An approximation using repeated assessments over 45 sessions / T. M. Lincoln, E. Jung, M. Wiesjahn et al. // *European Psychiatry*. – 2016. – Vol. 38. – P. 31–39.
292. Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis / T. M. Lincoln, W. Rief, S. Westermann et al. // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 216, № 2. – P. 198–205.
293. Wild, J. Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia / J. Wild, D. M. Clark // *Cognitive Behavioral Practice*. – 2011. – Vol. 18, № 4. – P. 433–443.
294. Wild, J. Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: A pilot study / J. Wild, A. Hackmann, D. M. Clark // *Behavior Therapy*. – 2008. – Vol. 39, № 1. – P. 47–56.
295. Wildenauer, D. B. Do schizophrenia and affective disorder share susceptibility genes? / D. B. Wildenauer, S. G. Schwab, W. Maier // *Schizophrenia Research*. – 1999. – Vol. 39, № 2. – P. 107–111.

296. Wood, L. Individual cognitive behavioural therapy for psychosis (CBTp): a systematic review of qualitative literature / L. Wood, E. Burke, A. Morrison // Behavioural Cognitive Psychotherapy. – 2015. – Vol. 43, № 3. – P. 285–297.
297. Wu, B. J. Predictors of smoking reduction outcomes in a sample of 287 patients with schizophrenia spectrum disorders / B. J. Wu, T. H. Lan // European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience. – 2017. – Vol. 267, № 1. – P. 63–72.
298. Wunderlich, U. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse / U. Wunderlich, G. Wiedemann, G. Buchkremer // Verhaltenstherapie. – 1996. – Bd. 6. – S. 4–13.
299. Wykes, T. Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia / T. Wykes // Evidence-Based Mental Health. – 2014. – Vol. 17, № 3 – P. 67–68.
300. Young Schema Questionnaire – Short Form Version 3 (YSQ-S3): Preliminary validation in older adults: Электронный ресурс / K. Phillips, R. Brockman, P.E. Bailey et al. // Aging & Mental Health. – 2017. – Published online: 10 Nov 2017. – Режим доступа: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2017.1396579>.
301. Young, J. E. Schema Therapy: A practitioner's guide / J. E. Young, J. S. Klosko, M.E. Weishaar. – New York: Guilford Press, 2003. – 436 p.
302. Ziedonis, D. M Assessment and treatment of comorbid substance abuse in individuals with schizophrenia / D. M. Ziedonis, W. Fisher // Psychiatric Annals. – 1994. – Vol. 24, № 9. – P. 477–483.
303. Zubin, J. Vulnerability: a new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring // Journal Abnormal Psychology. – 1977. – Vol. 86, № 2. – P. 103–126.