

УДК 616.89; 616-01

Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности**Psychosocial Rehabilitation and Psychosocial Treatment in Schizophrenia: Goals, Stages, Evaluation of the Effectiveness**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-62-74>Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РоссияSolokhina T.A., Yastrebova V.V., Mitikhin V.G., Tiumentkova G.V.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

62

Научные обзоры

Цель: представить анализ научных публикаций по проблеме психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения с акцентом на цели, этапы проведения, эффективность вмешательств и критерии эффективности.

Материал и метод: совокупность отечественных и зарубежных публикаций по проблеме психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения за последние два десятилетия.

Результаты: проанализированы цели и этапы психосоциальной реабилитации, представлены результаты оценки эффективности различных видов психосоциального лечения и комплексных реабилитационных программ. Анализ научных публикаций показывает, что мишенями патогенетической психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных шизофренией являются нейрокогнитивный дефицит, нарушения социальной когниции, мотивации, эмоциональной сферы, социального функционирования, а также негативная симптоматика, социальная и психологическая уязвимость, семейная дезадаптация. Применение конкретных психосоциальных вмешательств, комплексных реабилитационных программ и модулей способствует снижению частоты рецидивов болезни и числа госпитализаций, уменьшению когнитивных и социально-когнитивных нарушений, повышению социальной компетенции, социального функционирования и качества жизни, что может трансформироваться в более адаптивное социальное функционирование больных шизофренией.

Выводы: программы психосоциальные вмешательства с доказанной эффективностью должны быть внедрены в практическую деятельность и доступны для большинства пациентов, страдающих шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения; психосоциальная реабилитация; психосоциальное лечение; оценка эффективности; критерии эффективности.

Для цитирования: Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В. Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности. *Психиатрия*. 2019;17(3):62–74.

Конфликт интересов отсутствует

Purpose: to present an analysis of scientific publications on psychosocial rehabilitation and psychosocial treatment with an emphasis on its targets, stages of implementation, effectiveness of the interventions and criteria of the effectiveness.

Material and method: a set of domestic and foreign publications on the problem of psychosocial rehabilitation and psychosocial treatment over the past two decades.

Results: the goals and stages of psychosocial rehabilitation are analyzed, the results of the evaluation of the effectiveness of different types of psychosocial treatment and comprehensive rehabilitation programs are presented. Analysis of scientific publications shows that the targets of pathogenetic psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia are neurocognitive deficit, impaired social cognition, motivation, emotional sphere, social functioning, as well as negative symptoms, social and psychological vulnerability, family disadaptation. The use of specific psychosocial interventions, comprehensive rehabilitation programs and modules helps to reduce recurrence of the disease and the number of hospitalizations, reduce cognitive and socio-cognitive impairment, increase social competence, social functioning and quality of life that can transform into more adaptive social functioning in a community of schizophrenic patients.

Conclusion: psychosocial interventions with scientific evidence of effectiveness should be implemented in practical activities and are available to most patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia; psychosocial rehabilitation; psychosocial treatment; evaluation of the effectiveness; criteria of the effectiveness.

For citation: Solokhina T.A., Yastrebova V.V., Mitikhin V.G., Tiumentkova G.V. Psychosocial Rehabilitation and Psychosocial Treatment in Schizophrenia: Goals, Stages, Evaluation of the Effectiveness. *Psychiatry*. 2019;17(3):62–74.

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Неоднократно показано, что одна только психофармакотерапия не в состоянии в полной мере способствовать улучшению социальных исходов и социального функционирования больных шизофренией. Накоплены данные о значимой роли в комплексном лечении, наряду с медикаментозным, психосоциальной реабилитации (ПСР) и психосоциальной терапии (ПСТ). К настоящему времени ПСР и PST имеют теоретическое обоснование, разработаны научно-методические подходы к их организации и проведению, на основе которых в практику внедрено большое количество форм помощи и видов психосоциальных вмешательств, а также получены данные об эффективности многих из них. Это обусловило необходимость интеграции ПСР и PST в стандарт психиатрической помощи больным шизофренией.

Развитию ПСР и PST способствовало появление ряда гипотез патогенеза шизофрении, согласно которым нейрокognитивный дефицит в большей мере оказывает влияние на ухудшение социального функционирования больных шизофренией, чем продуктивная и негативная симптоматика. Результаты изучения структурных изменений в различных отделах головного мозга при шизофрении свидетельствуют о том, что выраженность нейрокognитивного дефицита коррелирует, в частности, с уменьшением объема серого вещества лобной доли, гиппокампа, числа миелинизированных нервных волокон, нарушением синаптической пластичности и возможности синапсов к функциональным и морфологическим перестройкам и др. [1–4].

Актуальным направлением в развитии PST является изучение социальной когниции, нарушение которой у больных шизофренией приводит к искажению социального восприятия, проблемам вербальных коммуникаций, затруднению в точной передаче полученной вербальной информации, вербального выражения собственных чувств и мыслей. Наряду с этим или вследствие этих нарушений у больных шизофренией снижены способности решения межличностных проблем и сложных жизненных ситуаций, характерно неправильное распознавание эмоций другого человека, неумение адекватно выражать собственные эмоции, повышен уровень тревоги по отношению к социальным эмоционально значимым стимулам, снижена переносимость ситуации конкуренции и способность испытывать удовольствие. В рамках этого направления предлагаются новые подходы к восстановлению и коррекции когнитивной недостаточности у больных шизофренией, основанные на непосредственном воздействии на когнитивные функции, а также на их улучшении с помощью когнитивно-поведенческой терапии посредством влияния на атрибутивный стиль, логические действия и навыки решения проблем [4].

Еще одной гипотезой являются нарушения в системе так называемых зеркальных нейронов, открытых G. Rizzolatti и соавт. [5, 6]. Этим структурам отводится существенная роль в усвоении и переработке социаль-

ной информации, а также в получении новых навыков посредством имитации. Известно, что для больных шизофренией характерны ограниченные возможности переработки информации, что лежит в основе нарушений у них социального взаимодействия. Доказано, что активность зеркальных клеток может меняться в результате обучения, социально-когнитивных тренингов и сенсомоторной тренировки [7].

В настоящее время при рассмотрении механизмов развития шизофрении во всем мире признана интегративная биопсихосоциальная модель (концепция диатез-стресс-уязвимости), в рамках которой факторы среды и микросоциального окружения оказывают существенное влияние на развитие и рецидивы заболевания. В частности, определенные внутрисемейные отношения рассматриваются в качестве пусковых стрессовых факторов при наличии биологически обусловленной предрасположенности к возникновению болезненного процесса и особой чувствительности организма к стрессорам [8, 9]. С учетом данной концепции предлагаются эффективные методы работы с микросоциальным окружением пациента и формы помощи, способствующие преодолению болезни и нарушению жизненной адаптации. С этой целью предпринимаются попытки изменения условий жизни, учебы и работы, оказывается помощь в кризисных ситуациях и др.

Перечисленные гипотезы и концепции определяют мишени при назначении PST больным шизофренией. К основным мишеням относят нейрокognитивный дефицит, изъяны социальной когниции, сниженное социальное функционирование, качество жизни, трудовые и социальные навыки, социальную и психологическую уязвимость, семейную дезадаптацию, а также негативные симптомы шизофрении. При обсуждении возможностей медикаментозного и психосоциального лечения в соответствии с биопсихосоциальной моделью авторы указывают, что фармакотерапия и реабилитационные вмешательства неразделимы, взаимодополняемы и должны проводиться одновременно, часто одной полипрофессиональной бригадой [10–12].

В настоящем обзоре, наряду с проблемами эффективности ПСР и PST при шизофрении, представляется необходимым коротко рассмотреть вопросы целеполагания и этапы проведения психосоциального лечения, тесно связанные с выбором и проведением конкретных реабилитационных вмешательств, программ и модулей.

ЦЕЛЕПОЛАГАНИЕ ПРИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ПСР и PST должны начинаться с определения целей реабилитационной работы для каждого пациента. Согласно системе индивидуализированной постановки целей, разработанной P.J. Meyer, желательно, чтобы цель соответствовала принципам SMART-анализа, т.е. была реалистичной в её достижимости, конкретной и специфичной для данного заболевания, измеряемой

и определенной во времени [13, 14]. С точки зрения авторов, цель также должна быть доказательной, т.е. указывать на ожидаемый результат, представляющий собой не только желательные, но и наиболее вероятные изменения. Кроме этого, цель должна учитывать точку зрения пациента и положительно влиять на качество его жизни.

J.P. Wilken и D. Hollander указывают на особенности целей, которым необходимо следовать при проведении психосоциальной реабилитации, а именно: цель должна быть ясна и понятна и пациенту, и профессионалу; адекватна с точки зрения возможностей и ограничений; измерима и определена; описательна и достижима [15]. Для измеримости цели авторы предлагают намечать индикаторы достижения желаемой ситуации или поведения, как правило, временные или отражающие частоту того или иного явления (например, необходимо 4 недели, чтобы освоить определенный навык; количество раз в неделю, когда пациент будет участвовать в каких-либо мероприятиях, и др.). Для того чтобы сделать цель еще более измеримой, предлагается определять уровень ожиданий, связанный с индикаторами: соответствующий ожидаемому уровню (например, участие в мероприятии два раза в неделю), ниже ожидаемого уровня (по крайней мере раз в неделю) или выше ожидаемого уровня (например, три раза в неделю).

Условно цели ПСР можно разделить на краткосрочные и долговременные. Достижение последних может быть успешным в том случае, если специалист-реабилитолог или пациент и его семья разбивают эту цель на небольшие, последовательные этапы, каждый из которых имеет высокую вероятность достижения [16].

В широком аспекте основную (общую) цель ПСР можно определить как обеспечение оптимального уровня функционирования индивидуумов и общества в целом, уменьшение инвалидности и психических нарушений (см., например, определение ВОЗ, 1996).

A. Korpelowicz., R. Liberman и соавт. определяют более узкие, конкретные цели психиатрической реабилитации, в отличие от общей цели, которая имеет отношение к области жизни и выражает будущую перспективу [17]. К конкретным целям относят сохранение успехов, достигнутых в лечении пациента, предотвращение рецидива, восстановление социальных и жизненных навыков, ухудшенных в период обострения болезни. Этому способствует изменение микросоциальной среды в сторону более благоприятной, предоставление больным знаний и навыков для самостоятельного управления своим расстройством и для активного участия в качестве партнера в лечении и реабилитации, расширение возможностей пациента, поощрение и поддержка усилий по самопомощи (например, в социальных клубах), вовлечение членов семьи в процесс лечения, культивирование уважения к пациенту и поощрения его достоинства, автономии, самоуважения и гражданских прав.

Конкретные цели важны по нескольким причинам: благодаря им специалист может работать в условиях «здесь и сейчас», сохраняя направленность на источники мотивации пациента, что создает возможность для появления у него успешного опыта; продвижение к цели маленькими шагами; работа специалиста в соответствии с темпом пациента; формулирование целей в «положительном/оптимистичном» ключе. Кроме того, по степени достижения конкретных целей можно оценить прогресс пациента в восстановлении [15].

Анализ показывает, что к целевым установкам ПСР могут относиться: повышение уровня мотивации и комплаентности к медикаментозному лечению и психосоциальной реабилитации, восстановлению трудоспособности. Другой кластер задач включает достижение осознания болезни; формирование навыков совладания со стрессом, тревогой; создание терапевтического альянса с врачом. В результате достигается коррекция когнитивных нарушений; нормализация социальной компетентности; снижение уровня самостигматизации; развитие конструктивных копинг-стратегий и способности к проблемно-ориентированному поведению; нормализация дисфункционального семейного статуса [17]. Таким образом, цели психиатрической реабилитации направлены на достижение того, чтобы пациенты с психическими расстройствами могли функционировать в обществе и семье, насколько это возможно, полноценно и независимо.

Зарубежные авторы указывают на необходимость постановки целей реабилитации в каждом конкретном случае. Для этого используется, например, система CASIG (consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes), позволяющая провести оценку интересов и целей пациента, его сохраненных сторон личности, наметить индивидуальный реабилитационный план. CASIG проводится как структурированное интервью, которое начинается с выявления среднесрочных целей пациента в пяти сферах жизни: жилье, деньги/работа, межличностные отношения, здоровье и духовность. На основании суммирования данных CASIG создается план реабилитации и определяются мероприятия, необходимые для достижения целей. Результаты CASIG могут быть дополнены данными измерений отдельных релевантных переменных, таких как наличие сопутствующих расстройств, состояние физического здоровья и когнитивного функционирования. Этот гибкий, многоуровневый подход к целеполаганию реабилитации, по мнению разработчиков, является эффективным [18].

О достижении целей ПСР и ПСТ могут свидетельствовать полученные результаты, а именно, степень ресоциализации и интеграции в общество, уровень восстановления индивидуальной и общественной ценности пациента, его личностное развитие и социальное положение, улучшение качества жизни и социального функционирования, а также способность выполнять социальные роли.

ЭТАПЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Для реализации целей ПСР отечественные авторы считали важным выделение ряда этапов при проведении реабилитационных вмешательств. Так, Д.Е. Мелехов выделял три этапа реабилитации: больничная медицинская реабилитация; восстановительная терапия во внебольничных условиях, профессиональное обучение; трудоустройство и бытовое устройство [19]. М.М. Кабанов предлагал при переходе от острой фазы заболевания к подострой и затем к ее хронической фазе следующие последовательные этапы: восстановительная терапия, направленная на предупреждение развития дефицита с помощью терапии средой и стимуляцией активности; реадaptация, связанная с приспособлением к жизни во внебольничных условиях с учетом влияния болезни, и, наконец, собственно реабилитация, т.е. восстановление индивидуальной и общественной ценности больного, включая рациональное трудоустройство [20]. И.Я. Гурович и А.Б. Шмуклер также обозначили три ступени психосоциальной реабилитации:

- этап активных психосоциальных воздействий (психосоциальная терапия), направленных на восстановление нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов, с учетом особенностей социальной дезадаптации;
- этап практического освоения новых ролевых функций и социальных позиций;
- этап закрепления и поддержки социального восстановления в привычных для пациента условиях жизни [21].

В.С. Ястребов и соавт. в рамках системно-ориентированной модели реабилитации предлагают этап оценки и планирования, включающий определение клинических, психологических и социальных особенностей пациента, исходя из полученных характеристик, определение цели и способов воздействия; этап собственно реабилитационных вмешательств — проведение психосоциальных интервенций и направление пациентов в соответствующие формы помощи; этап оценки достигнутых результатов ПСТ и ПСР. В том случае, если результаты не достигнуты или необходим переход на более высокий уровень психосоциальной адаптации, следует постановка новых целей и выбор необходимых психосоциальных вмешательств [22].

В работах указанных авторов подчеркивается важность этапного подхода к ресоциализации психически больных, что является одним из условий ее успешности. При этом подчеркивается необходимость ведения больных с учетом типа течения заболевания, а также значимость многофункционального рассмотрения психической патологии с точки зрения биопсихосоциальной модели с учетом клинических, социально-средовых и личностных характеристик. Исследования показывают, что, наряду с продуктивной и негативной симптоматикой, основными измерениями, в рамках

которых происходят нарушения при шизофрении, являются нейрокогнитивные и социально-когнитивные дисфункции, а также нарушения мотивационного компонента деятельности. Являясь отдельными областями нарушений, эти измерения являются предикторами социального функционирования, определяют формирование социальной адаптации и влияют на течение и функциональные исходы при шизофрении. Еще раз подчеркнем, что применение эффективной антипсихотической терапии не всегда полностью устраняет нейрокогнитивный и социально-когнитивный дефицит, не влияет на нарушение мотивации, частоту обострений, исходы шизофренического процесса и социальное функционирование, а активная и настойчивая ПСТ с воздействием на ключевые домены приводит к значительному улучшению социальных исходов больных шизофренией [23–29].

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ И ВИДЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

ПСТ назначается при наличии показаний к ней и в зависимости от цели, которую следует достичь. Необходимо отметить, что общепринятой классификации психосоциальных вмешательств не существует. Наряду с известными видами ПСТ, все чаще используется интегративный подход, позволяющий восстановить многие проблемные зоны [30], разрабатываются и применяются новые виды психосоциального лечения.

Психотерапевтические подходы используются практически во всех программах ПСР и отдельных видах ПСТ. Задачами психотерапии являются выбор наиболее адекватных методов воздействия на пациента; установление контакта между ним и врачом; совместный поиск психотерапевтом и пациентом причин возникновения психологических проблем; эмоциональная поддержка и искреннее внимание к переживаниям пациента; изменение отношения пациента к психологической проблеме в позитивную сторону; повышение толерантности к кризисам и стрессам; создание навыков психологического преодоления жизненных трудностей; установка на гибкость в поведении; формирование способности самостоятельно и адекватно принимать важные решения; развитие коммуникативных возможностей пациента; обучение построению межличностных отношений и многие другие задачи.

Многочисленные данные научной литературы по этому вопросу указывают на доказанную эффективность психотерапии в целом и отдельных ее подходов, при этом отмечается, что некоторые методы эквивалентны по своей эффективности, и преимуществ одной психотерапевтической школы над другой не выявлено. При этом важным является не столько метод психотерапии, а последовательность вмешательств, начинающая с мотивационных и поддерживающих пациента

методик с постепенным подключением вмешательств, направленных на решение проблем и обучение навыкам [31, 32].

Наиболее изученным и широко применяемым методом психотерапии является **когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)**, основанная на принципах обученности, обучения и познания. КПТ повсеместно используется в рамках программ психосоциальной реабилитации, а также в качестве изолированного метода психотерапии. Большинство исследователей когнитивно-поведенческой терапии при шизофрении использовали ее как в групповом, так и в индивидуальном форматах.

В истории развития КПТ выделяют три фазы:

- в *первой фазе* акцент делался на поведении и возможностях его модификации;
- во *второй* — на мышлении и возможности его изменения;
- в *третьей фазе*, начавшей развиваться в 90-е годы XX века, внимание акцентировалось на теме духовности, смыслов и ценностей, а также на эмоциях и отношениях.

Разновидностями КПТ являются: терапия, основанная на осознанности, — MindfulnessBased Cognitive Therapy, терапия принятия и ответственности — Acceptance and Commitment Therapy, диалектико-поведенческая терапия — Dialectical behavior therapy, функционально-аналитическая терапия — Functional analytic psychotherapy и другие. Применительно к лечению шизофрении этот вид психотерапии используется для снижения интенсивности галлюцинаторно-бредовых состояний за счет переработки и замены бредовых интерпретаций и изменения мышления в сторону более реального и позитивного, снижения тревоги от галлюцинаторных переживаний. КПТ применяется также для устранения негативной симптоматики, апатии, ангедонии. Многочисленные метаанализы доказали, что КПТ эффективна в отношении как острой, так и резидуальной симптоматики, способствует удлинению и формированию более качественных ремиссий [33, 34].

Когнитивно-поведенческая терапия лежит в основе разнообразных групповых тренингов для формирования навыков отслеживания болезненной симптоматики, преодоления трудностей, борьбы со стрессом, контроля над эмоциями и поведением, формирования адаптивных поведенческих паттернов. В результате у пациентов улучшаются коммуникации и социально-трудовая адаптация [35, 36].

Изучение феноменологии когнитивных расстройств, признание роли нейрокогнитивного дефицита как неотъемлемой составляющей патогенеза шизофрении, его роли в декомпенсации состояния, процессах реадaptации в социуме и социально-личностном выздоровлении обусловили потребность в разработке принципиально новых реабилитационных вмешательств, описание которых представлено ниже.

Когнитивные тренинги направлены непосредственно на устранение когнитивного дефицита, основу

их составляет КПТ. Выбор методов должен основываться на точном определении имеющихся у больного когнитивных нарушений, а также других психопатологических расстройств, фазы и выраженности болезненного процесса.

Когнитивные тренинги в настоящее время представлены широким спектром вмешательств. Например, классический обучающий тренинг непосредственно влияет на нормализацию внимания, абстрактного мышления, памяти, планирования и исполнительского функционирования. Однако изолированный когнитивный тренинг без применения комплексных программ психосоциальной реабилитации нормализует поведение больного в обучающей среде, но не улучшает социального функционирования и адаптационных возможностей при выходе пациента в социум [37].

Более специфичным вмешательством является **когнитивная ремедиация**, применение которой уменьшает когнитивный дефицит, используя сохраненные когнитивные способности, и восстанавливает их. В этом методе используются техники повторения, регулирования уровня сложности заданий, стимулирования обучения, компьютерные программы тренировки памяти, внимания и других когнитивных функций, а также научения использования полученных навыков в привычной социальной среде [37–39].

Метакогнитивный тренинг, разработанный S. Moritz и основанный на принципах когнитивной ремедиации, представляет собой вмешательство, направленное на изучение когнитивных нарушений и освоение навыков управления процессом мышления, изменение стратегии принятия решений, обучение в сочетании с изменением стиля поведения в условиях повседневной реальности, в результате чего улучшается социальное функционирование [40]. Метаанализ результатов более 20 рандомизированных исследований когнитивных тренингов показал высокий уровень их эффективности (показатель, характеризующий силу воздействия применительно к общему когнитивному дефициту, — 0,41, зрительной памяти — 0,52, вниманию — 0,41, скорости обработки информации — 0,4, проблемно-решающему поведению — 0,5). Однако когнитивная ремедиация и метакогнитивный тренинг показали небольшую величину эффекта применительно к социальному функционированию (0,35). В сочетании с другими психосоциальными вмешательствами эти тренинги приводили к более высоким величинам эффекта социального функционирования (0,47–0,56) [41–44].

Результаты современных исследований по изучению социального интеллекта при шизофрении показали, что нарушения социально-когнитивных функций относятся к обязательным и стойким образованиям, наблюдаются на протяжении всего шизофренического процесса и значительно влияют на социальную адаптацию пациентов [45–47]. Дефицит социально-когнитивных функций проявляется в четырех основных доменах: восприятие эмоций, социальная перцепция,

внутренняя модель сознания другого и атрибутивный стиль. В связи с этим появилась необходимость использования более широких подходов воздействия на данные домены, в частности внедрение социально-когнитивных тренингов. В настоящее время используются различные модели социально-когнитивных тренингов: тренинг социальных когниций и взаимодействий, тренинг имитации эмоций и поведения другого, тренинги восприятия эмоций по выражению лица другого, метакогнитивный тренинг, тренинг когнитивных и социальных навыков (ТКСН), интегрированная психологическая терапия, включающая когнитивную дифференциацию, социальное восприятие, вербальную коммуникацию, интегративный тренинг. ТКСН фокусируется на тренировке памяти, внимания, коммуникативной направленности мышления, способности к кооперации, развитию точности социального восприятия, вербальной коммуникации, отработке социальных навыков и навыков решения проблем [45].

Еще в одном метааналитическом обзоре показано, что **социально-когнитивные тренинги** — это высокоэффективное средство нормализации социального поведения у психически больных [48]. При их использовании купируются клинические симптомы, уменьшается вероятность обострения заболевания, снижается выраженность когнитивных нарушений, появляется коммуникативная направленность и дифференцированность мышления, развивается адекватное социальное восприятие, снижается ангедония, а пациент лучше регулирует свое эмоциональное состояние. Одновременно развиваются способности к самонаблюдению, вырабатываются эффективные стратегии решения межличностных проблем, снижается социальная изоляция, пациент легче интегрируется в социум.

Когнитивно-поведенческая терапия применяется в рамках различных техник, в частности одной из них является **психообразование**, представляющее поэтапную систему психотерапевтических воздействий, направленных на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение методам решения проблем, обусловленных проявлениями заболевания.

В настоящее время разработаны различные модели психообразования. Основными их задачами являются: восполнение у пациента информационного дефицита психиатрических знаний, снижение уровня стигматизации и самостигматизации пациента и членов его семьи, обучение распознаванию первых признаков обострения заболевания, обучение навыкам совладания с болезнью, коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациента. Психообразование позволяет добиться улучшения комплаентности больных и их родственников. Техниками, используемыми при проведении психообразования, являются преподавание, консультирование, проблемно ориентированные дискуссии в группах, техники модификации поведения. Как правило, оценка эффективности психообразования проводится путем сравнения с группой контро-

ля, получающей лишь фармакотерапию. Метаанализы показали, что комбинация психообразования с фармакотерапией, в сравнении с применением лишь одной медикаментозной терапии, значительно повышает комплаентность пациентов, снижает самостигматизацию, уменьшает число обострений (в среднем на 40%) и снижает количество повторных госпитализаций (в среднем на 15%) [49, 50].

Мотивационные установки пациентов являются важной сферой процесса психосоциального восстановления. Для формирования мотивации к участию в реабилитации используется **мотивационное интервью**, базирующееся на транстеоретической модели W.R. Miller, S. Rollnik, J.O. Prochaska и основанное на принципах эмпатии, активного слушания, безусловного принятия суждений пациента, обсуждения плана изменений, поощрения и поддержки, избегания сопротивления, получения обратной связи [51]. В результате у пациента формируется надежда на положительный исход, обретается смысл жизни, появляется стремление к независимости и самоопределению, принимаются решения и выполняются поставленные цели. Базовое предположение этого подхода состоит в том, что пациент сам совершает изменение, а специалист лишь помогает и поддерживает пациента, веря в его восстановление. В рамках указанной модели важная роль отводится повышению осознания пациентом проблемы и его готовности к изменениям. Изменения происходят постепенно, и терапевтические вмешательства выстраиваются соответственно разным стадиям готовности пациента: предразмышление, размышление, действие и сохранение полученных изменений. В клинической практике мотивационную терапию рекомендуют включать на начальных этапах заболевания и применять ее на всем протяжении реабилитационной программы. С самого начала терапии необходимо, чтобы интересы, потребности и цели пациентов были признаны, подтверждены и найдены мотивы к изменениям. По мнению многих авторов, эффективность мотивационного интервью заключается во влиянии на комплаентность пациента, социальное функционирование, течение заболевания, что является предиктором хорошего функционального прогноза [52, 53].

Еще одним видом терапии, основанном на принципах мотивационного интервью, является **комплаент-терапия**, при которой мотивационное интервью сочетается с психообразовательным и поведенческим подходами при индивидуальной и групповой работе с пациентами. Метод направлен на выявление причин некомплаентности, предоставление информации о болезни и лечении в обстановке уважения и равноправия, мотивирование пациентов на долговременную терапию, формирование благоприятных представлений о заболевании и лечении, выработку навыков добровольного соблюдения режима терапии и соответствующих форм поведения. Помимо этого, пациенты учатся ставить цели и решать их. Результаты исследований свидетельствуют об улучшении отношения

к лекарственной терапии (у 58% пациентов), повышении критического отношения к заболеванию (от 36 до 49% пациентов), о повышении качества соблюдения лечебных рекомендаций, общем повышении комплаентности (около 95% пациентов достигли оптимального уровня комплаентности) [54, 55].

Важность психосоциальной работы с ближайшим окружением пациентов не вызывает сомнений. С целью улучшения качества оказания помощи пациентам и членам их семей применяется **семейная терапия**, направленная на коррекцию дисфункционального семейного стиля, привлечение родственников больного к сотрудничеству на всех этапах лечения пациента, снижение бремени семьи. Этот вид вмешательства направлен на улучшение поддержки семей в отношении поведения пациентов, управлении симптомами и лечением, обучении тому, как предоставить своим больным родственникам возможности для нормализации их поведения. Семейная терапия, как правило, осуществляется с использованием психообразовательной, когнитивно-поведенческой и иных техник. Существуют методики ведения мультисемейных групп, совместных групп для больных и их родственников.

Оценки программ семейной терапии показали, что они дают эффективные результаты как для пациентов, так и для их микросоциального окружения. Анализ рандомизированных исследований показал, что семейные вмешательства приводят к снижению эмоциональной экспрессивности у родственников больных, снижению бремени семьи [56, 57]. Семейные вмешательства также продемонстрировали эффективность в уменьшении рецидивов и частоте повторных госпитализаций у пациентов (снижение от 20 до 67%) [58]. По данным А.В. Бугорского, после курса семейной терапии члены семей указывали на повышение личной компетентности и психиатрической грамотности (100% родственников), улучшение коммуникативных навыков (100%), снижение бремени семьи (62,5%); «примирились и приняли болезнь близкого человека» (25%), сформировали представление о психическом расстройстве как о болезни, которую обязательно нужно лечить (100%) [59].

Трудовая терапия является важнейшим элементом психосоциальной реабилитации, влияющим на показатели социальной адаптации больных в обществе. На современном этапе акценты в области трудовой терапии сместились на защищенные формы трудовой занятости, трудоустройство с поддержкой.

Метод **поддерживаемой занятости**, в частности «Индивидуальное размещение и поддержка» (ИРП), помогает пациентам приблизиться к решению проблем с трудоустройством. В рандомизированном контролируемом исследовании в шести европейских центрах изучены случаи применения ИРП в сравнении со стандартными методиками по восстановлению трудоспособности, в результате чего выявлено, что ИРП может снизить частоту и продолжительность госпитализации [60]. Консультанты по восстановлению трудоспособно-

сти могут вовремя заметить у пациента признаки приближающегося обострения, сообщить о них психиатру. Само же общение консультантов по восстановлению трудоспособности с пациентом оказывает положительное психотерапевтическое воздействие. Авторы рассматривают восстановление трудоспособности с помощью этого метода как долгосрочное решение многих фундаментальных проблем: социальной интеграции, самоопределения и функционального восстановления людей с тяжелыми психическими заболеваниями.

Для повышения социальной активности пациентов значимыми являются методы психосоциального воздействия, основанные на **терапии средой (milieu therapy)**, **терапии занятостью**, создании **терапевтических сообществ**. Под терапией средой понимается система терапевтических мероприятий, направленная на создание и организацию среды, максимально способствующей самораскрытию и самореализации пациентов с оптимальным использованием их творческих способностей. Особенности указанного направления являются формирование позитивного и демократического взаимодействия персонала с пациентами, максимальное участие больных в терапевтическом процессе. При этом сотрудничеству и совместным действиям придается первостепенное значение, действует принцип «не вместо, а вместе», создается среда, приближенная к обычной жизни в социуме. Важным элементом являются комфортное эстетическое бытовое окружение. В терапию средой входит терапия занятостью, при которой пациенты совместно с персоналом и по собственной инициативе организуют досуговые мероприятия (проведение вечеров отдыха, посещения музеев, выставок, театра, экскурсий и др.), занимаются творческими видами деятельности по интересам и способностям (театральные, музыкальные, литературные, художественные студии), организуются занятия художественным творчеством. В рамках терапии средой активно используются приемы коррекции нарушенного поведения, основанные на теории научения — терапия поощрением «экономической» стимуляцией за желательное поведение и активность (жетонная система), когда отдельные социально одобряемые поступки больных вознаграждаются пластиковыми деньгами, которые впоследствии заменяются на необходимые или желаемые акции и сочетаются с системой открытых дверей и частичной госпитализацией.

Терапия средой показала увеличение адаптивных возможностей пациентов, улучшение коммуникативных навыков, социальной адаптации внутри сообщества. Однако, по известным из источников данным, достигнутый эффект в социальном функционировании не всегда сохранялся, когда пациент, при выходе, попадал в обычные бытовые условия [61–63].

В создании терапевтической среды и в других психосоциальных программах реабилитации с успехом используются различные формы терапии творческой направленности: арт-терапии [64], театральной терапии, танцевально-двигательной терапии [65], музыкотера-

пии [66] и др. Занятия творческими видами деятельности побуждают пациентов к креативному выражению, косвенно помогая достичь более высокого уровня социального функционирования. Рандомизированные исследования свидетельствуют о положительном влиянии этих методов на общее психическое состояние, уменьшение негативных симптомов, формирование коммуникативных навыков и улучшение социального функционирования [66].

Тренинги обучения навыкам представляют собой стандартизированные методы реабилитации. Например, программа *Vivo Amplified Skills Training (IVAST)* служит для обучения социальным и независимым жизненным навыкам у больных шизофренией сначала в условиях клиники, а затем их использованию в повседневной жизни. IVAST использует специализированного помощника, который обеспечивает индивидуальное обучение в сообществе, применяя поведенческие методы, чтобы улучшить освоение пациентами навыков, которые были получены в групповой работе. Цель IVAST — ускорить автономное функционирование людей с психическими расстройствами в обществе и тем самым уменьшить их зависимость от терапевтов. Контролируемое исследование IVAST показало значительное улучшение у пациентов социальной адаптации [67].

Еще одним видом реабилитационного вмешательства является **метод повторного входа в сообщество**, созданный в связи с быстрой выпиской из психиатрического стационара. Он состоит из планирования выписки и обучения пониманию симптомов заболевания. Результаты подтвердили, что участники метода усвоили материал, овладели навыками на 81,3% по сравнению с 54,8% в группе контроля, и результат сохранялся в течение двух месяцев после выписки [68].

Наибольшее число исследований посвящено анализу и подтверждению сравнительной эффективности таких методов, как когнитивно-поведенческая терапия, психообразование, которым регулярно посвящаются обзорные, в том числе метааналитические исследования. Исследований эффективности многих методов и направлений психосоциальной реабилитации психически больных в литературе недостаточно.

В настоящее время существует большое число модулей и программ психосоциальной реабилитации. В большинстве случаев реабилитационная работа сочетает в себе разные психотерапевтические компоненты в зависимости от клинического состояния и индивидуальных особенностей пациента, что делает их более эффективными, чем применение стратегий, использующих какую-либо одну технику. Модули, как показывают исследования, предлагают доступные и четко определенные отправные точки для реабилитации, адаптированные для значительной части пациентов. Повторяющаяся структура модулей компенсирует большинство нарушений в состоянии пациентов, формирует постоянный «фон» психосоциального лечения

и дает более долгосрочные и стойкие результаты [10, 21, 49, 69–71].

Отечественные специалисты активно реализуют широкий спектр различных форм и методов реабилитационной работы. Привлекаются зарубежные и отечественные теоретические концепции и методические разработки, которые включают в себя целый комплекс воздействий: психообразовательные программы, тренинги социальных навыков и способности решения проблем, тренинги, направленные на развитие когнитивных, социальных и коммуникативных навыков, а также методики мотивационной терапии, широкий спектр направлений терапии творчеством, терапии средой и др.

Эффективность модулей психосоциальной реабилитации подтверждена многими авторами. Участники программ психосоциальной реабилитации показывали улучшение по многим социально-когнитивным навыкам, таким как распознавание эмоций (улучшение на 7,6%), осознание эмоций другого (на 8,4%); возростала мотивация к выздоровлению (у 24% пациентов) и трудоустройству (у 13% пациентов), снижались апатия и ангедония (на 13,9%) [71].

При сравнительном анализе качества жизни участников комплексной программы психосоциальной реабилитации в сравнении с популяционной выборкой установлено, что показатели их социального функционирования превышали показатели популяционной выборки на 13%. Адаптивные стратегии разрешения проблем и мотивация были статистически достоверно выше, чем в группе контроля (соответственно на 15 и 29%). Жизнестойкость участников реабилитационной программы была сравнима с популяционной выборкой и проявлялась в интересе к окружающей жизни, способности заботиться об окружающих, в высокой активности, социальной ориентированности и вовлеченности в социум [72].

В исследованиях показано, что модули психосоциальной реабилитации положительно влияют на трудовую и социальную адаптацию пациентов. Число трудоустроенных пациентов увеличилось на 19,5%, коммуникативные навыки, ведущие к улучшению социального функционирования, повысились на 23,6%, круг общения расширился у 39,3% пациентов, взаимоотношения с родственниками улучшились у 48,6%, удовлетворенность помощью повысилась у 77,6%, качеством жизни у 77,6%, комплаентность улучшилась у 73,8% пациентов. В связи с уменьшением частоты обострений снизилась частота госпитализаций на 36,4–58,9% [72, 73].

Проведенный в 18 странах мира в течение года «Проект оптимального лечения» (ОТР), включавший помимо фармакотерапии когнитивно-поведенческие стратегии, психообразование, тренинги социальных и коммуникативных навыков, семейную терапию, показал, что, помимо снижения частоты рецидивов и госпитализаций, а также уменьшения бремени семьи, 35% пациентов достигли показателей полного социально-личностного восстановления. Полученные ре-

зультаты указывают на несомненную эффективность комплексных модулей психосоциальной реабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что на современном этапе в практических и научных целях применяются многочисленные психосоциальные и психотерапевтические вмешательства, основой которых служит сочетание различных подходов, способствующих личностно-социальному восстановлению и улучшению положения больных шизофренией в обществе. Для многих программ ПСР и ПСТ получены доказательства эффективности, что обуславливает необходимость их внедрения в практи-

ческую деятельность и в стандарты оказания психиатрической помощи больным шизофренией. ПСР и ПСТ должны быть доступны для большинства пациентов, страдающих шизофренией и членов их семей.

Совершенствование системы ПСР и ПСТ связано с постановкой целей психосоциального лечения в каждом конкретном случае с учетом клинико-психопатологических, личностных, а также социальных изменений в статусе пациентов, обеспечением этапности проведения реабилитационных воздействий, внедрением системы оценки их эффективности, включая разработку информативных и надежных критериев эффективности.

Статья подготовлена в рамках проекта, реализуемого при поддержке Союза охраны психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kahn I, Andrews-Hanna JR, Vincent JL, et al. Distinct cortical anatomy linked to subregions of the medial temporal lobe revealed by intrinsic connectivity. *Journal Neurophysiology*. 2008;100(1):129–139. DOI: <https://doi.org/10.1152/jn.00077.2008>.
2. Wible CG, Preus AP, Hashimoto R. A cognitive neuroscience view of schizophrenic symptoms: abnormal activation of a system for social perception and communication. *Brain Imaging Behavior*. 2009;3(1):85–110. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11682-008-9052-1>.
3. Huang MX, Lee RR, Gaa KM, et al. Somatosensory system deficit in schizophrenia revealed by MEG during median-nerve oddball task. *Brain Topography*. 2010;23(1):82–104. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10548-009-0122-5>.
4. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство. Под редакцией И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: ИД Медпрактика-М; 2015:420. [Psihosocial'naya i kognitivnaya terapiya i rehabilitaciya psichicheski bol'nyh. Prakticheskoe rukovodstvo. Pod redakciej I.Ya. Gurovicha, A.B. Shmuklera. M.: ID Medpraktika-M; 2015:420. (In Russ.)].
5. Cattaneo L, Rizzolatti G. The Mirror Neuron System. *Arch. Neurol*. 2009;66 (5):557–560. DOI: <https://doi.org/10.1001/archneurol.2009.41>.
6. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Research. Cognitive Brain Research*. 1996;3(2):131–141.
7. Catmur C, Walsh V, Heyes C. Sensory-motor learning configures the human mirror system. *Current Biology*. 2007;17:1527–1531. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.08.006>.
8. Zubin J, Spring B. Vulnerability — a new view of schizophrenia. *J. Abnorm Psychol*. 1977;86(7):103–126.
9. Коцюбинский АП, Скорик АИ, Аксенова ИО и др. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание. СПб.: Гиппократ плюс. 2004: 336. [Kocyubinskij AP, Skorik AI, Aksenova IO i dr. Shizofreniya: uyazvimost' — diatez — stress — zabolevanie. SPb.: Gippokrat plyus. 2004:336. (In Russ.)].
10. Лиманкин ОВ. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(3): 99–106. [Limankin OV. Actual problems of the introduction of rehabilitation technologies in the practice of psychiatric institutions. *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;22(3): 99–106. (In Russ.)].
11. Незнанов НГ, Акименко МА. Холистический подход В.М. Бехтерева в современной неврологии и психиатрии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2012;1:3–6. [Neznanov NG, Akimenko MA. Holistic approach V.M. Bekhtereva in modern neurology and psychiatry. *Review of psychiatry and medical psychology*. 2012;1:3–6. (In Russ.)].
12. Anthony WA. Psychiatric rehabilitation. W.A. Anthony, P.B. Nemes. In A.S. Bellack (Ed.). *Schizophrenia: Treatment, management and rehabilitation*. Orlando FL: Grune and Stratton. 1984:375–413.
13. Bogue RL. Use S.M.A.R.T. goals to launch management by objectives plan. TechRepublic, 2005. Available at: <https://www.techrepublic.com/article/use-smart-goals-to-launch-management-by-objectives-plan/>.
14. Исаева ЕР, Мухитова ЮВ. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(1):89–90. [Isaeva ER, Muhitova YuV. Criteria for evaluating the effectiveness of psychosocial rehabilitation: the current state of the problem. *Social and clinical psychiatry*. 2017;27(1):89–90. (In Russ.)].
15. Wilken JP, Hollander D. Handbook integrale rehabilitatiebenadering. Theorie en praktijk van het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen Amsterdam: SWP. 2018:432.

16. Ларина ОД, Шевцова ЕЕ. Система полипрофессионального взаимодействия специалистов как условие создания единого реабилитационного пространства специализированной службы нейрореабилитации г. Москвы. *Специальное образование*. 2014;4:24–39. [Larina OD, Shevtsova EE. Sistema poliprofessional'nogo vzaimodejstviya spetsialistov kak uslovie sozdaniya edinogo reabilitatsionnogo prostranstva spetsializirovannoj sluzhby nejroreabilitatsii g. Moskvy. *Spetsial'noe obrazovanie*. 2014;4:24–39. (In Russ.)].
17. Kopelowicz A, Liberman RP, Wallae CJ. Psychiatric Rehabilitation for Schizophrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2003;3(2):283–298.
18. Wallace CJ, Lecomte TB, Wilde MS, Liberman RP. CASIG: A consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. *Schizophrenia Research*. 2001;50:105–119.
19. Мелехов ДЕ. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. Москва: Медгиз; 1963:198. [Melekhov DE. Klinicheskie osnovy prognoza trudospobnosti pri shizofrenii. Moskva: Medgiz; 1963:198. (In Russ.)].
20. Кабанов ММ. Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина. 1985:216. [Kabanov MM. Reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh. 2-e izd., dop.i pererab. L.: Meditsina. 1985:216. (In Russ.)].
21. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Сторожакова ЯА. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Мед-практика; 2004:492. [Gurovich IYa, Shmukler AB, Storozhakova YaA. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psikhiiatrii. M.: Med-praktika; 2004: 492. (In Russ.)].
22. Ястребов ВС, Митихин ВГ, Солохина ТА, Михайлова ИИ. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2008;108(6):4–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.17116/jnevro2016116914-12>. [Yastrebov VS, Mitikhin VG, Solokhina TA, Mikhailova II. The system-oriented model of psychosocial rehabilitation. *Journal of Neurology and Psychiatry imeni S.S. Korsakov*. 2008;108(6):4–10. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.17116/jnevro2016116914-12>].
23. Barch DM. The relationships among cognition, motivation and emotion in schizophrenia: How little we know. *Schizophrenia Bulletin*. 2005;31:875–881. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi040>.
24. Bell MD, Tsang HW, Greig TC, Bryson GJ. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35:738–747. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm169>.
25. Bora E, Eryavu A, Kayahan B, et al. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Research*. 2006;145:95–103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.11.003>.
26. Brune M. Emotion recognition, «theory of mind», and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2005;133:135–147. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.10.007>.
27. Roder V, Medalia A (Eds.). Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients. Basic Concepts and Treatment. Karger. 2010:61–84.
28. Combs DR, Adams SD, Penn DL, et al. Social cognition and interaction training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. *Schizophrenia Research*. 2007;91:112–116. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.12.010>.
29. Carter CS. Understanding the glass ceiling for functional outcome in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:356–358. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.356>.
30. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia: Is It Effective? *Schizophrenia Bull*. 2006;32(1):81–93. DOI: [10.1093/schbul/sbl021](https://doi.org/10.1093/schbul/sbl021).
31. Wampold BE, Imei ZE. The Great Psychotherapy Debate: The great psychotherapy debate: Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Publishers; 2001: 263.
32. Bitter NA, Roeg DP, van Nieuwenhuizen C, van Weeghel J. Effectiveness of the Comprehensive Approach to Rehabilitation (CARE) methodology: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015;15:165. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0564-0>.
33. Haddock G, Tarrier N, Spaulding W, et al. Individual cognitive-behavioral therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clin. Psychol. Review*. 1998;18: 821–838.
34. Turkington D, Sensky T, Scott J, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. *Schizophrenia Research*. 2008;98:1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.026>.
35. Twamley EW, Jeste DV, Bellack AS. A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2003;29:359–382. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007011ers>.
36. Silverstein SM., Wilkniss SM. At issue: The future of cognitive rehabilitation of schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2004;30:679–692. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007122>.
37. Зайцева ЮС. Когнитивная ремедиация при шизофрении. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство. Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М; 2015:249–270. [Zaytseva YS. Kognitivnaya remediatsiya pri shizofrenii. Psikhosotsial'naya i kognitivnaya terapiya i

- reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh. Prakticheskoye rukovodstvo. Pod red. I.Ya. Gurovicha, A.B. Shmuklera. M.: Medpraktika-M; 2015: 249–270. (In Russ.).
38. Nakagami E, Xie B, Hoe M, Brekke JS. Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: testing mediator and moderator effects. *Schizophrenia Research*. 2008;105(1–3):95–104. DOI: 10.1016/j.schres.2008.06.015.
 39. Medalia A, Revheim N, Casey M. The remediation of problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2001;27:259–267. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006872>.
 40. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007;20:619–625. DOI: <https://doi.org/10.1097/YC0.0b013e3282f0b8ed>.
 41. Палсуйев ОО, Мовина ЛГ, Миняйчева МВ. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24(3):33–36. [Papsuyev OO, Movina LG, Minyaycheva MV. Metacognitive training for patients with schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders. *Social and Clinical Psychiatry*. 2014;24(3):33–36. (In Russ.)].
 42. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, et al. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(12):1791–1802. DOI: <https://dx.doi.org/10.1176%2Fappi.ajp.2007.07060906>.
 43. Hofer A, Baumgartner S, Bodner T, et al. Patient outcomes in schizophrenia II: The impact of cognition. *Eur. Psychiatry*. 2005;20:395–402. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.02.006>.
 44. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Med*. 2002;32:783.
 45. Холмогорова АБ, Гаранян НГ, Долныкова АА, Шмуклер АБ. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией. Психосоциальная и когнитивная реабилитация психически больных: Практическое руководство под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Мед-практика-М; 2015:225–249. [Kholmogorova AB, Garanyan NG, Dolnykova AA, Shmukler AB. Programma treninga kognitivnykh i sotsial'nykh navykov (TKSN) u bol'nykh shizofreniej. Psikhosotsial'naya i kognitivnaya reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh: Prakticheskoye rukovodstvo pod red. I.Ya. Gurovicha, A.B. Shmuklera. M.: Med-praktika-M; 2015:225–249. (In Russ.)].
 46. Zanello A, Merlo M. Le programme de rehabilitation cognitive et comportementale IPT (Integrated Psychological Treatment) dans un contexte psychiatrique ambulatoire. *Sante Mentale au Quebec*. 2004;29:175–200. DOI: <https://doi.org/10.7202/010836ar>.
 47. Torres A, Mendez LP, Merino H, Moran EA. Improving social functioning in schizophrenia by playing the Train Game. *Psychiatric Services*. 2002;53:799–801. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.7.799>.
 48. Kurtz MM, Richardson CL. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr. Bull.* 2012;38(5):1092–1104. DOI: 10.1093/schbul/sbr036.
 49. Гурович ИЯ, Семенова НД. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007;4:78–85. [Gurovich IYa, Semenova ND. Psychosocial approaches in the practice of treatment and rehabilitation of schizophrenia: current trends. *Social and clinical psychiatry*. 2007;4:78–85. (In Russ.)].
 50. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004;4. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831>.
 51. Miller WR, Rollnik S. Motivational interviewing: preparing people to change. New York: Guilford Press. 3rd ed. 2013:471. DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/jep.2014.5402>.
 52. Medalia A, Brekke J. In Search of a Theoretical Structure for Understanding Motivation in Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2010;36(5):912–918. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq073>.
 53. Семенова НД, Гурович ИЯ. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014;24(4):31–36. [Semenova ND, Gurovich IYa. A module of motivational enhancement for rehabilitation in schizophrenia and schizophrenic spectrum disorders patients. *Social and clinical psychiatry. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2014;24(4):31–36. (In Russ.)].
 54. Kemp R, Hayward G, Everitt B, et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 1996;312(7027):345–349. DOI: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.312.7027.345>.
 55. Ястребова ВВ, Солохина ТА, Митихин ВГ и др. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по её повышению. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Изд-во «Таро», 2016: 334–341. [Yastrebova VV, Solokhina TA, Mitikhin VG i dr. Priverzhennost' lecheniyu bol'nykh shizofreniyey i razrabotka mer po yeye povysheniyu. Psikhoterapiya i psikhosotsial'naya rabota v psikiatrii. Vypusk III. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina. SPb.: Izd-vo «Taro», 2016:334–341. (In Russ.)].
 56. Fallon IRH, Boyd JL, McGill CW, et al. Family management in the prevention of exacerbation

- of schizophrenia: a controlled study. *New England Journal of Medicine*. 1982;306:1437–1440.
57. Glynn M, Cohen N, Dixon L, Niv N. The Potential Impact of the Recovery Movement on Family Interventions for Schizophrenia: Opportunities and Obstacles. *Schizophr. Bull.* 2006;32(3):451–463. DOI: <https://dx.doi.org/10.1093%2Fschbul%2Fsbj066>.
 58. Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatric Services*. 2000;51:513–519. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.4.513>.
 59. Бугорский АВ. Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск IV. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Изд-во «Таро»; 2017:340. [Bugorskiy AV. Psihiatricheskoe prosveshchenie rodstvvennikov pacientov, stradayushchih shizofreniej i rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra. Psihoterapiya i psihosocial'naya rabota v psikiatrii. Vypusk IV. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina. SPb.: Izd-vo «Taro»; 2017:340. (In Russ.)].
 60. Wallace Ch. Community and Interpersonal functioning in the Course of Schizophrenic Disorders. *Schizophr. Bull.* 1984;10(2):233–253.
 61. Рихарц Б, Дворжак М. Милиотерапия (терапия средой) в психиатрии, психотерапии и реабилитации. Пер. с англ. Б. Рихарц, М. Дворжак. Оренбург. 2003:3–5. [Rikharts B, Dvorzhak M. Milioterapiya (terapiya sredoy) v psikiatrii, psihoterapii i reabilitatsii. Per. s angl. B. Rikharts, M. Dvorzhak. Orenburg. 2003:3–5. (In Russ.)].
 62. Smith TE, Hull JW, MacKain SJ, Wallace CJ. Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Psychiatric Services*. 1996;47:1099–1103.
 63. Berhe T, Puschner B, Kilian R, Becker T. «Home treatment» fur psychische Erkrankungen. *Der Nervenarzt*. 2005;76:822–831. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-004-1865-6>.
 64. Копытин АИ. Арт-терапия психических расстройств. СПб.: Речь; 2011:368. [Kopytin AI. Art-terapiya psikhicheskikh rasstrojstv. SPb.: Rech'; 2011:368. (In Russ.)].
 65. Бирюкова ИВ, Киселёва МВ, Солохина ТА. Танцевально-двигательная терапия при шизофрении: технология работы в открытых группах в условиях сообщества: Учебно-методическое пособие. М.: МАКС Пресс. 2016: 44. [Biryukova IV, Kiselyova MV, Solokhina TA. Tantseval'no-dvigatel'naya terapiya pri shizofrenii: tekhnologiya raboty v otkrytykh gruppakh v usloviyakh soobshhestva: Uchebno-metodicheskoe posobie. M.: MAKS Press. 2016:44. (In Russ.)].
 66. Gold C, Heddal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;2. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858>.
 67. Liberman RP, Glynn SM, Blair K, Ross D. In Vivo Amplified Skills Training: Promoting Generalization of Independent Living Skills for Clients with Schizophrenia. *Psychiatry Interpersonal Biological Processes*. 2002;65(2):137–55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.65.2.137.19931>.
 68. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric patients to re-enter the community: A brief method of improving continuity of care. *Psychiatric Services*. 1998;49:1313–1316.
 69. Савельева ОВ, Петрова НН. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике. *Практическая медицина*. 2014;2(78): 83–87. [Savel'yeva OV, Petrova NN. Kriterii otsenki effektivnosti reabilitatsii bol'nykh paranoidnoy shizofreniyey v ambulatornoj praktike. *Prakticheskaya meditsina*. 2014;2(78):83–87. (In Russ.)].
 70. Knapp M, Patel A, Curran C, et al. Supported employment: costeffectiveness across six European sites. *World Psychiatry*. 2013;12:60–68. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20017>.
 71. Папсуев ОО, Мовина ЛГ, Семенова НД и др. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015;25(1):36–44. [Papsuev OO, Movina LG, Semenova ND i dr. Complex approach to social cognitive interventions in patients with schizophrenia. *Social and clinical psychiatry*. 2015;25(1):36–44. (In Russ.)].
 72. Ястребова ВВ, Солохина ТА. Клинико-социальные и психологические аспекты реабилитационной работы в общественной организации: оценка эффективности. *Психиатрия*. 2018;79(03):52–61. DOI: <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>. [Yastrebova VV, Solokhina TA. Clinical, social and psychological aspects of rehabilitation work in public organization: evaluation of effectiveness. *Psychiatry*. 2018;79(03):51–60. DOI: <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-51-60>. (In Russ.)].
 73. Мовина ЛГ, Папсуев ОО, Голланд ЭВ и др. О работе отделения внебольничной психосоциальной реабилитации. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(3):94–98. [Movina LG, Papsouev OO, Golland EV i dr. On the work of outpatient psychosocial rehabilitation centre. *Social and clinical psychiatry*. 2012;22(3):94–98. (In Russ.)].

Информация об авторах

Солохина Татьяна Александровна, доктор медицинских наук, заведующая отделом организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-3235-2476

E-mail: tsolokhina@live.ru

Ястребова Валерия Владимировна, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-1138-0507

E-mail: vvyastrebova@gmail.com

Митихин Вячеслав Георгиевич, кандидат физико-математических наук, ведущий научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-9502-5395

E-mail: mvg45@mail.ru

Тюменкова Галина Викторовна, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0003-1567-2814

E-mail: tiumenkova@mail.ru

Information about the authors

Tatyana A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.), Head of Department, Department of Mental Health Services, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-3235-2476

E-mail: tsolokhina@live.ru

Valeriya V. Yastrebova, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Researcher, Department of Mental Health Services, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-1138-0507

E-mail: vvyastrebova@gmail.com

Vyacheslav G. Mitikhin, Cand. of Sci. (Physic. and Mathema.), Leading Researcher, Department of Mental Health Services, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-9502-5395

E-mail: mvg45@mail.ru

Galina V. Tiumenkova, PhD, MD, Cand. of Sci. (Med.), Researcher, Department of Mental Health Services, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0003-1567-2814

E-mail: tiumenkova@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Солохина Татьяна Александровна/Tatyana A. Solokhina

E-mail: tsolokhina@live.ru

Дата поступления 20.08.2019

Date of receipt 20.08.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019