

# Психотерапия в комплексном лечении пациентов с шизофренией

Современная стратегия терапии шизофрении направлена на предупреждение рецидивов, достижение максимально возможного социального функционирования и качества жизни пациентов. Такой результат возможен только с применением комплексного подхода, включающего индивидуально подобранную фармакотерапию и психотерапевтическое воздействие. Современные возможности психофармакотерапии хорошо известны и широко используются врачами-психиатрами. В то же время возможности психотерапии в лечении пациентов с шизофренией остаются не до конца понятными для специалистов психиатрического профиля.

Цель настоящего исследования – определить место и ожидаемые результаты психотерапии при шизофрении.

Известно, что определяющей характеристикой шизофрении является нарушение социального функционирования, являющегося значимым предиктором прогноза шизофрении [1].

Под социальным функционированием понимается способность осуществлять целенаправленную деятельность, поддерживать межличностные отношения, заботиться о себе. Социальное функционирование обусловлено социальным познанием и социальными компетенциями. Социальное познание – это способность конструировать представления о взаимоотношениях между человеком и другими и гибко использовать их для управления социальным поведением [3, 4]. Социальная компетенция – это навыки человека, достаточные для выполнения задач, присущих тому жизненному периоду, в котором этот человек находится. Компетенция понимается как эффективная модель действия и обширный репертуар навыков, необходимых для выполнения конкретных задач и связанных с возрастом, с параметрами конкрет-

ной социальной ситуации, которые в процессе жизни подвергаются изменениям [4].

Социальная компетентность, в основе которой лежат социальные когниции, в норме характеризуется хорошо развитым пониманием социального контекста ситуаций, независимостью, самостоятельностью и отсутствием стереотипных реакций на фрустрацию в межличностной коммуникации, что позволяет справляться с трудностями жизни – делать, думать и чувствовать в соответствии с социальной ситуацией. Объективный показатель социальной компетентности – уровень социальной адаптации в различных сферах функционирования, которая является результатом приспособительного поведения. Если возрастные задачи слишком сложны или их приходится слишком много на один момент времени, равновесие может быть нарушено – и тогда человек функционирует некомпетентно. То же происходит, если человек обладает недостаточным количеством навыков и умений.

Нарушение социальной компетентности особенно актуально для больных шизофренией. Ее дефицит приводит к неадекватной реакции на действие социальных стрессоров, вызывая тем самым соответствующую реакцию окружающих, в свою очередь усиливающую дезадаптацию пациента. Дефект или нарушение социальных компетенций часто существует до начала болезни и является значимым фактором развития как первого приступа шизофрении, так и последующих рецидивов [1]. Наиболее ярко это проявляется в ситуациях фрустрации. Это связано с тем, что ситуация фрустрации предъявляет повышенные требования к социальной компетентности человека. Пациенты с шизофренией демонстрируют стойкую негативную эмоциональную реакцию на фрустрирующий объект вне зависимости от степени его значимости; высокую фрустрационную нагруженность любых социальных контактов, независимо от степени близости и родства респондента; фиксируются на самозащите, воспринимая ситуацию как угрожающую.

Еще в 60-е годы прошлого века научные исследования установили наличие генетически обоснованной повышенной чувствительности к социальному стрессу у больных шизофренией (Huxley J., 1964). Была доказана провоцирующая роль психосоциальных факторов в возникновении рецидивов психозов, а также стабилизирующая функция социальной компетентности пациентов в профилактике рецидивов. Повреждение, несостоятельность, дефект снижают способность человека применять некоторые навыки и выполнять действия, что ограничивает его ролевое функционирование в определенных сферах.

В исследованиях было показано, что социальные когниции опосредуют взаимоотношения между нейрокогнитивным и функциональным статусами у пациентов с шизофренией [2]. Нарушения социальных когниций, обычно существующие до развития болезни, могут определяться в количественном

понимании как дефициты и в качественном – как отклонения. Дефицитарная модель интерпретирует повреждения социальных когниций в смысле неспособности или ограничения способностей. Отклонения предполагают нарушения в использовании существующих способностей. Исходя из гетерогенной модели шизофрении, у пациентов может иметь место как дефицит, так и нарушения в различных сферах социальных когниций. И дефицит, и отклонения социальных когниций приводят к дезадаптивному социальному функционированию [3].

Устранение клинических проявлений болезни с помощью психофармакотерапии не приводит автоматически к улучшению функционирования личности. Психофармакотерапия не влияет на дефекты или нарушения социальных когниций, существовавших в преморбиде. Для этого необходимо применение психотерапевтического воздействия, направленного на развитие соответствующих умений и навыков пациента.

Сравнительное изучение динамики структурных элементов социальной компетентности у пациентов с шизофренией выявило, что повышение уровня социальной компетентности наиболее успешно достигается за счет включения психотерапии в комплексную систему лечения и реабилитации [4].

Пациенты с шизофренией характеризуются выраженной положительной динамикой параметров социальной компетентности в процессе психотерапевтического воздействия по сравнению с пациентами, страдающими биполярным аффективным расстройством, что может свидетельствовать об их потенциально более продуктивных социально-психологических качествах.

Исследование социальной сферы пациентов с шизофренией показало, что под влиянием психотерапии происходит достоверно значимое повышение показателей социального функционирования, свидетельствующее о росте социальной адаптации [4].

Психотерапия при шизофрении направлена на развитие социальных компетенций, выполнение конкретных ролевых функций в настоящем и будущем, оптимизацию поведения в необходимом для пациентов окружении с акцентом на развитие способностей что-нибудь делать в конкретном окружении, увеличение степени независимого функционирования пациента, активное партнерское участие пациента в процессе терапии и реабилитации, повышение трудоспособности. Определение задач психотерапии индивидуально и учитывает базовые возможности пациентов.

Основные мишени психотерапевтической работы при шизофрении:

- неспособность распознавать социальные ситуации, которые могут привести к обострению болезни,
- слабость самоконтроля и регуляции аффектов,
- нарушения самооценки,

- дефицит социальных когний,
- неразвитость коммуникативных навыков,
- искаженная внутренняя картина болезни,
- ригидные дезадаптивные механизмы психологической защиты.

Формирование социальной компетентности у пациентов с шизофренией в ходе психотерапии обусловлено спецификой психотерапевтических вмешательств, направленных на конкретные психотерапевтические мишени, за счет стимуляции и активизации интрапсихических и социально-психологических факторов, способствующих адекватному повседневному функционированию.

На сегодняшний день разработаны и используются различные психотерапевтические подходы, применяемые как в индивидуальной, так и в групповой психотерапии:

- образовательные и поведенческие приемы с тренингом проблемно-решающего поведения,
- обучение способам защиты от социального стресса,
- тренинг распознавания микроэмоций (METT) (Russell T.A., Green M.J. и др., 2008),
- тренинг распознавания аффекта (TAR) (Wolwer W., Frommann N. и др., 2005),
- психокоррекции нарушений эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией (Шемет В.А., 2013),
- интегративная психотерапия (IPT) в рамках когнитивно-поведенческого подхода – тренинг когнитивных и социальных навыков (Roder V., Mueller D.R. и др., 2006; Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г., 2008),
- тренинг социальных когний и интеракций (SKIT) (Hodel B., Kern R.S. и др., 2004),
- когнитивно-усиленная психотерапия (CET) (Hogarty G.E., Flesher S. и др., 2004),
- психодинамически ориентированная психотерапия, направленная на выяснение глубоко лежащих внутренних конфликтов, изменение неадекватных стереотипов поведения и способов психологической защиты, а также восполнение дефицита в развитии, на изменение внутренних психических структур (силы «Я», защитных психологических процессов, самоконтроля и т.д.).

Таким образом, психотерапия не подменяет и не исключает психофармакологическое лечение шизофрении. Психотерапия имеет свои мишени в терапевтическом процессе, является методом выбора для восстановления социального функционирования через развитие социальных компетенций, используя специальные приемы и техники. Только такой подход позволит реализовать современную стратегию терапии пациентов с шизофренией.

Материалы конференции, посвященной 90-летию кафедры психиатрии  
и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета

---

### **Литература**

1. Adolphs, R. The neurobiology of social cognition / R. Adolphs // Curr Opin Neurobiol. – 2001. – Vol. 11, № 2. – P. 231–239.
2. Green, M.F. Social Cognition in Schizophrenia / M.F. Green, D.I. Leitman // Schizophr Bull. – 2008. – Vol. 34, № 4. – P. 670–672.
3. Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L. Social cognition in schizophrenia: an overview // Schizophr. Bull. – 2008. – Vol. 34. – P. 408–411.
4. Roder V., Medalia A. Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients / Basic Concepts and Treatment / V.Roder, A.Medalia. – Karger, 2010. – 178 p.