УДК 616.89–083

МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, М.В. Миняйчева

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Научные исследования когнитивных нарушений при шизофрении на сегодняшний день идут по двум направлениям. С одной стороны, продолжается изучение феноменологии когнитивных расстройств, их роли в психотической декомпенсации и стабилизации состояния, процессах реадаптации в социуме и социально-личностном выздоровлении [3, 5, 7, 12]. С другой стороны, разрабатываются реабилитационные воздействия, направленные непосредственно на устранение социально-когнитивного дефицита, активно развивается концепция когнитивной реабилитации [2, 6, 13, 23].

Метакогнитивный тренинг (МКТ), разработанный S.Moritz и соавт. [15] (актуальная программа МКТ доступна по ссылке www.uke.de/mct) представляет собой структурированную программу для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, базирующуюся на принципах когнитивной ремедиации в сочетании с тренировкой навыков в условиях повседневной реальности. По согласованию с авторами, в Московском НИИ психиатрии (отдел внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи) МКТ был переведен на русский язык. Далее представлен краткий реферат руководства по МКТ.

Фокусом данной программы является изучение закономерностей процесса мышления и овладение навыками управления этим процессом, что позволяет более успешно решать задачи и проблемы, с которыми люди ежедневно сталкиваются в процессе деятельности и социальных взаимоотношений. Таким образом реализуется общее (неспецифическое) позитивное влияние МКТ на социальное функционирование, которое можно ожидать у пациентов различных диагностических групп при психических заболеваниях. Вместе с тем, МКТ необходимо рассматривать как патогенетически обоснованный немедикаментозный метод лечения больных шизофренией, поскольку он адресуется к специфическим когнитивным нарушениям восприятия социальной среды и стратегии поведения при шизофрении, которые в дальнейшем приводят к ошибочным выводам, заблуждениям, могут способствовать бредообразованию и психотической декомпенсации [9, 16, 20]. Соответственно повышение «метакогнитивной компетентности» является одним из способов профилактики очередного обострения.

Программа МКТ состоит из двух параллельных циклов, каждый из которых включает в себя 8 модулей. Структура и темы модулей идентичны в обоих циклах, различается лишь содержание упражнений. Предпочтительно проводить два модуля в неделю (один модуль за одну сессию), что позволяет пациентам психиатрических стационаров посетить полный цикл МКТ за время госпитализации. Амбулаторным пациентам и пациентам дневных стационаров рекомендуется посетить оба цикла с целью углубления и закрепления результатов тренинга.

Наиболее оптимальным форматом МКТ является формат групповой психосоциальной терапии, рекомендуемое количество участников в группе − 3−10 человек, продолжительность занятия − 45−60 минут. Принципы работы с группой пациентов соответствуют общепринятым и были описаны ранее [1, 4].

Критериями включения в МКТ является диагноз шизофрении и расстройства шизофренического спектра либо наличие психотической симптоматики (бред, идеи отношения, галлюцинации) в рамках других психических расстройств. Важным условием включения в тренинг является способность пациента концентрировать внимание в течение занятия, а также сохранять упорядоченное поведение. Не следует включать в групповую работу пациентов с маниакальным аффектом и неправильным поведением (антисоциальным, сексуальным, агрессивным), иначе может быть нарушена групповая динамика.

Основная цель МКТ – коррекция стратегии принятия решений и формирования убеждений в сочетании с изменением стиля поведения. В процессе занятий пациентов знакомят с типичными нарушениями социально-когнитивных функций, обучают навыкам самостоятельного распознавания этих нарушений и избегания «когнитивных ловушек», мотивируют к соответствующему изменению поведения.

Ключевым пунктом программы являются стили мышления, которые могут участвовать в формировании бредовых переживаний. Также уделяется внимание неэффективным способам совладания с имеющимися нарушениями (например, подавление мыслей), предлагаются более действенные варианты.

В качестве типичных когнитивных нарушений в МКТ рассматриваются: особенности атрибутивного стиля (модуль 1), склонность к преждевременным выводам (модуль 2, 7), неспособность изменить сформировавшееся убеждение (модуль 3), дефицит внутренней модели сознания другого (модуль 4, 6), чрезмерная уверенность в достоверности своих воспоминаний (модуль 5), отрицательные когнитивные схемы (модуль 8).

Для проведения метакогнитивного тренинга необходимы следующие материалы:

- 16 презентаций PowerPoint в формате pdf (2 параллельных цикла, каждый по 8 модулей);
- руководство;
- 6 наборов раздаточных материалов с домашними заданиями (для модулей 2 и 7, а также 4 и 6 раздаточные материалы одинаковы);
- одна желтая и одна красная карточка для каждого пациента.

Каждое занятие (модуль) включает вводную часть (обсуждение предыдущего занятия и домашнего задания), рабочее время (обсуждение новой темы), завершение (резюме о занятии, домашнее задание). Даже если все упражнения не были закончены (что обычно бывает) ведущий должен пропустить их и приступить к завершающим слайдам. Они описывают отношение проделанных заданий к реальной жизни и к психотической симптоматике, и подытоживают основные задачи занятия. Пациентам выдаются раздаточные материалы с домашним заданием. В конце первого занятия каждый пациент получает желтую и красную карточки вместе с инструкцией по их применению. Желтая карточка содержит три фундаментальных вопроса, которые пациент должен задать себе в сложной ситуации, например, когда чувствует себя обиженным или оскорбленным:

- Какие доказательства?
- Существует ли альтернативная точка зрения?
- Даже если все так, может быть я излишне взволнован?

Данные вопросы существуют специально для того, чтобы побудить пациентов переосмыслить возможные объективные доказательства, перед тем как сделать поспешные, ложные, и при этом, возможно, важные выводы. Красная карточка нужна в неотложной ситуации. Пациентам предлагается выписать на нее телефоны людей и организаций, с которыми можно связаться, если нужна помощь.

Если участник группы демонстрирует психотическую симптоматику во время занятия, то необходимо аккуратно переключить его внимание, порекомендовав обсудить свои переживания с врачом-психиатром, поскольку актуальные бредовые идеи должны быть предметом индивидуальной беседы со специалистом. Однако, пациенты, которые с критикой относятся к своим бредовым переживаниям, могут говорить о похожем психотическом опыте во время соответствующих занятий.

Ведущим группы предпочтительно является психолог или психиатр, который имеет достаточный стаж работы с больными шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Занятия также могут проводить специалисты по социальной работе или социальные работники в области психиатрии. Желательно, чтобы у ведущего группы был опыт проведения групповых занятий.

Модуль 1. Атрибутивный стиль

В начале сессии проводится знакомство участников (каждого по очереди просят назвать свое имя, возраст, род занятий, увлечение). Также можно провести опрос касательно ожиданий от тренинга. Необходимо создать максимально комфортную и доверительную обстановку. Далее в вводной части занятия обсуждаются организационные вопросы и правила работы группы.

Атрибуция – это устойчивый механизм объяснения причин произошедшего. Существует три вида атрибутивного стиля – причина во мне; причина в других; причина в обстоятельствах. Участников знакомят с видами атрибутивного стиля и их возможными социальными последствиями (например, обвинение других в собственных неудачах может привести к конфликту), предлагается придумать объективные пояснения для каждой представленной ситуации. Во второй части модуля участники должны предложить причины кратко описанных инцидентов, например: почему друг не позвонил (отрицательный) или почему кто-то пригласил тебя на ужин (положительный). Ситуационные и личностные факторы также должны быть приняты во внимание. Важно отметить, что нет никаких правильных ответов для данных упражнений. В любой ситуации всегда есть несколько возможных объяснений, которые должны быть приняты во внимание, даже если только одно объяснение кажется действительно верным на первый взгляд.

Цель состоит в том, чтобы не делать поспешных выводов, а рассмотреть несколько вариантов причин возникновения представленной ситуации, задача таких упражнений – изменить дисфункциональные атрибутивные модели пациентов (например, «я всегда во всем виноват», «мой друг постоянно ошибается» и т.д.).

На практике данная тема является одной из самых сложных для понимания пациентов, некоторым участникам необходимо объяснять ее в индивидуальном формате.

Наш опыт показывает, что при наличии достаточно доверительной обстановки и критики к своим переживаниям в прошлом, пациенты могут делиться своими когнитивными ошибками в период ухудшения

их психического состояния («мне казалось, что посторонние люди на улице смеются надо мной, когда я проходил мимо. Сейчас я понимаю, что у этого могла быть и другая причина, например, кто-то рассказал шутку»). Пациенты более чувствительны к такого рода личному опыту других участников, нежели к примерам, представленным на слайдах. Это не только укрепляет критику к собственным когнитивным ошибкам в прошлом, но и способствует практическому применению полученных знаний в будущем.

Модуль 2 и 7. Поспешные выводы (преждевременные выводы)

В начале занятия обсуждаются преимущества и недостатки поспешных выводов. При весомой значимости решения и наличии времени, все имеющиеся данные необходимо рассмотреть до принятия окончательного решения. Последствия поспешных выводов могут быть серьезными, и это иллюстрируется некоторыми примерами (например, ложный диагноз и т.д.). Участникам группы необходимо предоставить возможность рассказать о своих примерах (поспешные выводы во время обострения). Стоит отметить, что всем людям свойственно иногда ошибаться, однако люди с психическими расстройствами больше подвержены принятию поспешных решений, которые не всегда являются верными, что служит хорошей базой для бредовых идей в целом.

Модуль 3. Изменение убеждения

Данное занятие посвящено взаимосвязи между необъективностью первых впечатлений и ошибочными решениями, в связи с чем желательно быть открытым к новым данным и быть способным изменить свое сложившееся мнение. Необходимо указать на потенциальные негативные последствия поспешного принятия решений для межличностных отношений (непонимание, конфликт). Примеры, предложенные в презентации, иллюстрируют распространенные ошибки, которые происходят, когда люди игнорируют источники информации (например, газеты, некоторые телевизионные программы, книги), которые не соответствуют их уже сложившемуся мнению или убеждению. Больные шизофренией склонны принимать решения при дефиците информации и испытывают трудности при изменении своего первоначального мнения. Исследования показали, что такие особенности мышления наблюдаются у пациентов с шизофренией как в ремиссии, так и при обострении психотической симптоматики [17, 26, 27].

Модуль 4 и 6. Внутренняя модель сознания другого

Особенности внутренней модели сознания другого (ВМСД) при шизофрении уже давно описаны. Больные имеют трудности прогнозирования действий других людей, что может способствовать их бредовым идеям [14, 25]. Пациенты с шизофренией испытывают трудности в ситуациях, требующих сопереживания другим людям [11, 24]. Искаженное восприятие мотивов и действий других людей может легко создать межличностные проблемы. Патогенетическая значимость дефицита внутренней модели сознания другого (ВМСД) для бредообразования является предметом продолжающегося спора [10]. Кроме того, некоторые исследования показали, что больные шизофренией с трудом переносят незавершенные ситуации и двусмысленности [8].

В заданиях, предложенных к этому занятию, пациентам необходимо понять намерения изображенных героев. Участники учатся рассматривать различные контекстные ситуации, а не полагаться на фрагментарные данные. Ошибочные первые впечатления, при выполнении упражнений, подчеркивают необходимость быть готовым к новым обстоятельствам или деталям.

Модуль 5. Достоверность воспоминаний

На занятии необходимо обратить внимание пациентов на то, что наша память несовершенна и порой мы испытываем ложные воспоминания (контаминации). Больные шизофренией выявляют большую уверенность в их достоверности по сравнению с контрольной группой [18, 19, 21, 22].

Участникам предлагается задуматься над ненадежностью памяти, которая работает конструктивно, а не пассивно как, например, видеомагнитофон. Вторая цель данного занятия состоит в том, чтобы побудить пациентов подвергать сомнению умозаключения своей памяти в случае отсутствия живых/отчетливых воспоминаний и использовать эту стратегию в повседневной жизни. Если живые воспоминания отсутствуют, необходимо получить дополнительную информацию и данные, свидетельствующие в пользу истинности воспоминания, особенно если дело касается важных ситуаций в отношениях между людьми, которые могут повлечь за собой значительные последствия (например, ссору).

Модуль 8. Самооценка и настроение

Участникам наглядно демонстрируются дисфукциональные стили мышления, способные внести свой вклад в возникновение и поддержание низкого чувства собственного достоинства. Необходимо подчеркнуть, что регулярные тренировки могут привести к изменению этих стилей мышления, а, следовательно, и состояния депрессии.

Пациенты должны осознать, что негативные мысли хоть и обременительны, но обычны и что подавление мыслей приводит к парадоксальному усилению симптомов. Проводится опрос участников группы, как они справляются с подавленным настроением. В конце занятия даются рекомендации, систематичное соблюдение которых помогает улучшить настроение.

В медико-реабилитационном отделении Московского НИИ психиатрии было сформировано несколько пилотных групп из больных шизофренией и расстрой-

ствами шизофренического спектра, на которых МКТ был апробирован. В настоящее время на базе отделения регулярно проводится комбинированное вмешательство – тренинг мотивации и МКТ, а также исследуется влияние этого вмешательства на базовые и социальные когниции у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Предполагается, что результаты данного исследования будут способствовать развитию теоретической базы когнитивной реабилитации и будут иметь ощутимую практическую значимость, с учетом современной реорганизации системы психиатрической помощи в нашей стране и включения медико-реабилитационных отделений в Порядок оказания психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бригадное полипрофессиональное оказание психиатрической помощи / Под ред. И.Я.Гуровича. М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. 283с.
2. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5–9.
3. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В., Фурсов Б.Б., Зайцева Ю.С., Голланд Э.В. Помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях медико-реабилитационного отделения: нейропсихологические, мотивационные, социально-когнитивные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 5–13.
4. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2007. 179 с.
5. Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 5–15.
6. Bechi M., Ricoaloni R., Ali S. et al. Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: preliminary findings // Psychiatry Res. 2012; doi101016/j.psychres.2012.02004.
7. Brekke J.S., Hoe M., Long J. et al. How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia // Schizophr. Bull. 2007. Vol. 33, N 5. P. 1247–1256.
8. Colbert S.M., Peters E.R. Need for closure and jumping-to-conclusions in delusion-prone individuals // J. Nervous Mental Dis. 2002. Vol. 190. P. 27–31.
9. Freeman D. Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions // Clin. Psychol. Rev. 2007. Vol. 27. P. 425–457.
10. Freeman D., Garety P., Fowler D. et al. The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions // Br. J. Clin. Psychol. 1998. Vol. 37. P. 415–430.
11. Frith C.D. Schizophrenia and theory of mind // Psychol. Med. 2004. Vol. 34. P. 385–389.
12. Green M.F., Horan W.P. Social cognition in schizophrenia // Curr. Direct. Psychol. Sci. 2010. Vol. 19. P. 243–248.
13. Medalia A., Revheim N., Casey M. Remediation of memory disorders in schizophrenia // Psychol. Med. 2000. Vol. 30. P. 1451–1459.
14. Mehl S., Rief W., Lüllmann E. et al. Are theory of mind deficits in understanding intentions of others associated with persecutory delusions? // J. Nervous Mental Dis. 2010. Vol. 198. P. 516–519.
15. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Hamburg, Germany: VanHam Campus Verlag, 2005.
16. Moritz S., Woodward T.S.. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention // Current Opinion in Psychiatry, 2007. 20, 619-625.
17. Moritz S., Woodward T.S. A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia // Psychiatr. Res. 2006. Vol. 142. P. 157–165.
18. Moritz S., Woodward T.S. Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients // Br. J. Clin. Psychol. 2005. Vol. 44. P. 193–207.
19. Moritz S., Woodward T.S. Memory confidence and false memories in schizophrenia // J. Nervous Mental Dis., 2002. Vol. 190. P. 641–643.
20. Moritz S., Vitzthum F., Randjbar S. et al. Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia // Curr. Opinion Psychiatry. 2010. Vol. 23. P. 561–569.
21. Moritz S., Woodward T.S., Ruff C. Source monitoring and memory confidence in schizophrenia // Psychol. Med. 2003. Vol. 33. P. 131–139.
22. Moritz S., Woodward T.S., Cuttler C. et al. False memories in schizophrenia // Neuropsychology. 2004. Vol. 18. P. 276–283.
23. Roberts D.L., Penn D.L. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study // Psychiatr. Res. 2009. Vol. 166. P. 141–147.
24. Sprong M., Schothorst P., Vos E. et al. Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 191. P. 5–13.
25. Versmissen D., Janssen I., Myin-Germeys I. et al. Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum // Schizophr. Res. 2008. Vol. 99. P. 103–110.
26. Woodward T.S., Moritz S., Chen E.Y. The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions: a study in an Asian sample with first episode schizophrenia spectrum disorders // Schizophr. Res. 2006. Vol. 83. P. 297–298.
27. Woodward T.S., Moritz S., Cuttler C., Whitman J.C. The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia // J. Clin. Experiment. Neuropsychol. 2006. Vol. 28. P. 605–617.

МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

О.О. Папсуев, Л.Г. Мовина, М.В. Миняйчева

В данной статье приводится обзор одной из новых форм групповой когнитивной реабилитации – метакогнитивного тренинга для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, разработанного S.Moritz и соавт. [15]. Тренинг нацелен на работу с социально-когнитивными нарушениями, которые, по мнению авторов, могут лежать в основе бредообразования. Предполагается, что метакогнитивный тренинг, повышая «метакогнитивную компетентность» пациента, является одним из способов профилактики повторных обострений.

Ключевые слова: шизофрения, расстройства шизофренического спектра, когнитивная реабилитация, метакогнитивный тренинг.

METACOGNITIVE TRAINING FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

O.O. Papsuev, L.G. Movina, M.V. Minyaycheva

This article describes metacognitive training (MCT) as one of the new forms of cognitive rehabilitation for patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders introduced by S.Moritz et al (2006). MCT addresses social cognitive biases, that may lead to development of delusional disorders. It is considered that MCT, increasing metacognitive competency, can become one of the effective relapse – preventing methods.

Key words: schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, cognitive rehabilitation, metacognitive training.

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: oleg.papsouev@gmail.com

Мовина Лариса Георгиевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: movina_larisa@bk.ru

Миняйчева Мария Владимировна – клинический психолог медико-реабилитационного отделения ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: minyaycheva@gmail.com