

**«Социальная когниция и шизофрения».**  
**P. W. Corrigan, D. L. Penn (Eds.). “Social Cognition and Schizophrenia”.** – Washington: APA, 2001. – 353 p.

Коллективная монография «Социальная когниция и шизофрения» («Social Cognition and Schizophrenia»), вышедшая под редакцией P.W.Corrigan, D.L.Penn в 2001 году, суммирует обширный материал, состоящий из теоретических построений и эмпирических исследований, посвященных заявленной в названии теме. В 11 главах монографии, написанных авторами из Великобритании, Австралии и США, представлены самые современные разработки, призванные подчеркнуть высокую значимость нарушений социальной когниции для понимания проблем и разработки продуктивных стратегий помощи больным шизофренией. Важность данного направления исследований трудно переоценить, поскольку фактически оценка нарушений социального познания при данном психическом расстройстве становится третьим по значимости в клинической диагностике аспектом, после традиционного описания продуктивных и негативных симптомов. Кроме того, данное направление логично продолжает многолетние исследования более общих нейрокогнитивных дефицитов у больных шизофренией, ставшие широко распространенными на Западе, и, увы, недопустимо мало представленные в отечественной литературе. Предлагаемая аннотация призвана, пусть немного, восполнить недостаток информации в этой области, тем более что рассматриваемая работа содержит оригинальные, перспективные и высоко эвристичные идеи, каждая из которых может стать основой отдельного исследования, много более, нежели дать готовые ответы на вопросы. Кроме того, особым достоинством работы является постоянно прослеживающееся стремление авторов применить полученные данные к практике реальной реабилитационной психосоциальной работы с больными, которая сама по себе требует обязательного создания и верификации психологических моделей расстройств функционирования при шизофрении. Можно с уверенностью утверждать, что рассматриваемый подход имеет все основания претендовать на психологическую модель различных вариантов немедикаментозной помощи больным шизофренией.

В главе 1 уточняется ряд основных понятий, используемых для эмпирических исследований. В целях обнаружения пригодных теоретических моделей авторы выходят за пределы собственно кли-

нического подхода и в качестве возможной теоретической парадигмы рассматривают несколько психологических концепций, связанных с механизмами социального познания и возникших в период после наступления «когнитивной революции 60-х». Каждая из этих концепций прекрасно себя зарекомендовала при исследовании феноменов и детерминант социального познания и социального поведения человека. Первое направление – *когнитивная социальная психология (cognitive social psychology)* в основу понимания социального поведения человека кладет его когнитивные процессы, в том числе – особенности мышления. Авторы ссылаются на ряд исследований таких аспектов, как восприятие людьми друг друга, формирование впечатлений о другом человеке, введение в память информации о людях, исследования самопрезентации и роли эмоций в процессах социального познания. Приводя известные феномены каузальной атрибуции, описанные на самых разных контингентах и в рамках различных исследовательских схем, авторы в том числе говорят об очевидных нарушениях этого процесса именно у больных шизофренией, для которых характерно особое искажение приписывания причинности и ответственности. Больным шизофренией также присущи особые нарушения ассоциативной памяти о социальных объектах, в том числе автобиографической памяти. Влияние аффекта на социальное познание тоже не может не звучать у больных, тем более, что нарушения аффективной сферы (уплощение эмоций, искажение и амбивалентность) общепризнаны в данной клинической группе. Еще одним перспективным направлением является *социальная психология познания (social psychology of cognition)*, изучавшая эффекты социального контекста и принятия роли, причем особое влияние этих феноменов на «Я» человека и идея о «внутренних наблюдателях» точно ложатся на клиническую феноменологию шизофрении, например, на симптоматику слуховых галлюцинаций, и потому представляются весьма многообещающим направлением исследований. Как перспективное указывается также направление исследований нарушения социального поведения больных при принятии группового решения, когда их участие в групповом процессе не только не эффективно, но порой деструктивно (вклад в социальное познание столь же

беспорядочен, как и мышление отдельного больного). Проблемы больных, осмысленные в терминах когнитивных социальных взаимодействий, дают не только инструмент, позволяющий систематически анализировать возникающие у больных при совместном групповом мышлении нарушения, но и пути коррекции данного дефицита.

Продолжением теоретических изысканий на конкретном уровне стали исследования социальной перцепции, о которых подробно рассказывается во второй главе работы. Первоначально эти исследования велись на основе модели переработки информации (*Information Processing - IP*), причем понимаемой как с точки зрения стадий этого процесса, так, чуть позже, в терминах дефицита способностей (известный нейрокогнитивный дефицит при шизофрении). Однако вскоре эмпирический материал ярко продемонстрировал, что когнитивные процессы, вовлеченные в социальное познание, иные, поскольку стимулы релевантны личности, эмоционально нагружены, являются интерактивными, изменчивы, сильно зависят от контекстных переменных. В поисках объяснений дефицитов IP-ресурсов при работе с социальными объектами у больных шизофренией выдвигается целый ряд гипотез, ждущих своей окончательной проверки. Это идеи о недостатке дружественного, заинтересованного отношения больного к социальным стимулам, о большей сложности и абстрактности социальных стимулов, их иной семантической организации. Авторы подробно излагают несколько эмпирических исследований нарушений социальной перцепции, изученных на основе теста *SCRT (Social Cue Recognition Test)*, причем в описываемых исследованиях удивляет не только их лаконичность и убедительность, но и внимание авторов к деталям, тщательность методологии анализа результатов (с переходом от молекулярного, как более привычного, описания, к молярному, целостному). Выделенные в данных исследованиях переменные (уровень абстракции и эмоциональный тон стимула, наличие посторонних стимулов), а также исследование когнитивных схем и их нарушений у больных, позволяют иначе увидеть проблематику шизофрении. Этот взгляд более оптимистичен, поскольку рассматривает заболевание не как безнадежно-разрушительный тотальный процесс, но выделяет ряд частных дефицитов, вполне подлежащих коррекции, причем валидность и экологичность предложенных моделей для реабилитации не вызывает сомнений.

Главы 3 и 4 посвящены анализу соотношений социального познания с социальным функционированием и бредовыми убеждениями больных шизофренией соответственно. Важность адекватного социального восприятия лежит в основе эффективности взаимодействия в обществе и, тем самым, влияет на общий уровень стресса. Данные многочисленных исследований, приведенные в главе 3, свидетельствуют о нарушениях понимания лицевой

экспрессии у больных, больше – негативных эмоций, особенно – страха, преобладают эти дефициты у больных параноидной формой шизофрении. В числе неясных и требующих дополнительного изучения – вопрос о типе и этапе шизофрении и его отношении к нарушениям социального восприятия и поведения, влияние факторов организации лечения (институционализации), связь с собственно когнитивными дефицитами, а также, что более принципиально, методические трудности проведения исследований. Критически осмысливая известные исследования в этой области, авторы указывают на то, что они грешат изучением некоторых частных параметров, тогда как необходимо исследование более широкого контекста знания больных о социальных ситуациях, социальных суждений, правил, обычаев, и выход за пределы изучения социального функционирования больных в терапевтическом сеттинге, учет неклинических обстоятельств жизни больных. Подчеркивается важность такого аспекта, как собственное «Я» больного, восприятие им себя как социального объекта, причем авторы охотно ссылаются на исследования нарушений образа Я больных, проведенные в совершенно другой парадигме (личностных конструкторов), но используют их свободно в своих интерпретациях. Идея создания единой всесторонней психологической модели социальной дисфункции при шизофрении, по мнению авторов, требует изучения широкого класса проявлений как социального познания, так и поведения.

При обращении к бредовым убеждениям – весьма частому при шизофрении симптому, авторы идут по пути его психологического исследования. Нельзя сказать, что такого рода подход совершенно оригинален, напротив, он является одним из традиционных, но не в научной, эмпирической, а в психоаналитической психиатрии. Многие из психиатров и психологов ранее строили весьма спекулятивные объяснения механизмов бредовых идей, особенно популярной была идея защитной функции проекции, порождающей персекуторные убеждения для защиты хрупкого и уязвимого чувства собственного достоинства больного. В 4 главе анализируется возможность генеза бредовых убеждений как результата нарушений на каком-либо этапе формирования убеждений при наличии определенных событий, которые воспринимаются, оцениваются по степени их важности, переходят в систему верований, а затем – искажают вновь поступающую информацию, используя ее избирательно для подтверждения уже существующих убеждений. Цитируя обзоры литературы, авторы указывают на то, что некоторое влияние реальных событий жизни на возникновение психоза подтверждено, и хотя ложная перцепция как основа бредовых убеждений эмпирически не подтверждена, участие процессов нарушенного восприятия в поддержании бредовых идей можно считать доказанным (приведен ряд красивых и убедительных экспериментов). Находят свое подтвер-

ждение и такие механизмы поддержания бредовых убеждений как особые атрибутивные процессы, защищающие чувство собственного достоинства человека, трудности пациентов с паранойей в понимании намерений других людей, и, как следствие, их извращение, а также следование эпистемологическому импульсу вследствие сильной эмоциональной потребности в уверенности. Неясно, какой из этих процессов более важен, либо бредовые убеждения есть результат сложного взаимодействия между этими процессами, но перспективность дальнейших исследований в этой области очевидна.

В главе 5 ее автор (R. Corcoran) исследует весьма оригинальный подход, в фокусе внимания которого – *Theory of Mind (ToM)*, что мы полагаем возможным перевести как «теорию разума», имея в виду возможность понимания того, что думает, планирует, какой смысл и намерения скрывает другой человек (или, как говорит автор, речь идет об особом роде «телепатии»). Ранее в авторитетных исследованиях установлен значительный дефицит в данной области у больных с ранним детским аутизмом, но применялась данная модель и к больным шизофренией (Frith, 1992). Рассуждения автора убедительно демонстрируют связи нарушений различных аспектов теории разума и конкретной симптоматики шизофрении, а эмпирическое исследование с использованием оригинальной процедуры (*The Hinting Task*) подтверждает эмпирически наличие значительных трудностей в области теории разума у больных различными клиническими формами шизофрении. Выявлены трудности понимания намерений других людей, понимания неверных высказываний и обмана, причем не установлено зависимости этих трудностей от уровня формального интеллекта. Однако есть пересечения с трудностями самопонимания у больных, недостаточностью автобиографической памяти, нарушениями способности к рассуждениям, причем значение этих данных для оценки социальных проблем больных трудно переоценить.

Невозможно представить себе современную работу по проблемам психиатрии, так или иначе затрагивающую этических аспектов. В представляемой нами монографии это глава 6, рассматривающая феномены стигматизации больных, однако не в русле общих рассуждений или цитирования уже известных фактов и исследований, но вполне оригинально, с точки зрения механизма влияния стереотипизации на социальный дефицит у больных. Внимание авторов больше сосредоточено на исследованиях стереотипизации, и входящих в нее предубеждения и дискриминации, на моделях неклинических, связанных с восприятием этнических меньшинств и гендерных различий. Описание таким путем общих закономерностей влияния угрозы стереотипа позволяет однозначно утверждать, что больные не могут быть свободны от такого влияния. Парадоксальным и высоко значимым являет-

ся вывод о том, что поскольку стереотипы проявляют себя больше в тех ситуациях, где угроза стереотипа наибольшая, применительно к психически больным она наиболее остра в клинических исследованиях. Это еще раз напоминает о необходимости осторожной интерпретации получаемых эмпирических данных, в том числе по выявлению дефицитов у больных шизофренией, о важности поиска иных, не только биологических моделей объяснения дефицитов (а, например, через использование модели самостигматизации, лишаящей пациента уверенности в себе и снижающей результат работы). Кроме того, отсюда вытекает необходимость радикально нового подхода к коррекции – не через тестирование дефицита и объявление его следствием некоторых внутренних (и неизбежных) причин, но через формирование идентификации с когнитивно успешным, компетентным развитием, хотя валидизация такого подхода применительно к больным шизофренией еще впереди.

Вторая часть монографии, с 7 по 11 главы, посвящена вопросам клинического использования теоретических моделей, причем наиболее инструментальным определяется подход изменения типичной для больных каузальной атрибуции. Имеются в виду как собственно приписывание причин – поисковые стратегии, так и особые, отдельные стратегии завершения поиска объяснения событий. Нахождение влияний на выявленный порочный тип стратегий атрибуции, определение диапазона таких влияний во многом опирается на уже существующие в отношении других типов психопатологии разработки. В первую очередь это когнитивно-бихевиоральная терапия (СВТ), хорошо себя зарекомендовавшая при лечении аффективных расстройств. Механизмы ее возможного влияния на выявленные у больных шизофренией нарушения не ясны, однако поиск их ведется, о чем свидетельствует несколько исследований, приводимых авторами. Предположение о возможном опосредованном влиянии «Я-концепции» находит своих сторонников, по крайней мере, взаимовлияния репрезентации «Я» и атрибутивного стиля несомненны. Также значимы влияния факторов успеха и провала в адаптации и деятельности (отсюда – подтверждение роли социальной и трудотерапии), приемов оптимизации обработки информации. И хотя развитие когнитивно-бихевиоральных моделей терапии шизофрении требует дальнейших исследований, авторы подчеркивают необходимость анализа и учета при коррекции собственно атрибутивного процесса и происхождения его неправильных стратегий.

В главе 8 авторы приводят многочисленные доказательства того, что на стабильные когнитивные нарушения при шизофрении, на уровень социальной компетентности возможно повлиять с использованием психологических вмешательств. Известно, что когнитивные нарушения при шизофрении носят распространенный характер и включают со-

циальное познание, причем некоторые нарушения связаны с самими подсистемами социального познания, а другие – с нарушениями познания вообще, и хотя последствия сходны, для этиологии и лечения важно, за счет каких нарушений они возникают. Кроме того, многое зависит от стадии, остроты процесса, причем авторы считают, что нейропсихологические измерения могут быть лучшим индикатором функционирования больного, чем традиционные позитивные или негативные симптомы. Эти данные обосновывают как минимум два подхода к лечению когнитивной сферы: первый, направленный на выявление и коррекцию активного фактора, через установление повреждения нарушенных процессов (подход вышел из экспериментальной психопатологии и клинической нейропсихологии), и понятийная его основа – нейрокогнитивный дефицит. Второй подход стремится изменять когнитивную сферу через верования, атрибуции, логические действия, проблемно-ориентированные решения, он произошел от моделей когнитивно-бихевиоральной терапии и не зависит от специфической теории нарушений при шизофрении. Первое направление воплощают *Integrated Psychological Therapy (IPT)* – интегративная психологическая терапия и *Cognitive Enhancement Therapy (CET)* – когнитивная улучшающая терапия. Оба подхода включают проводимые в группе процедуры, больше ориентированные на упражнения специфических когнитивных способностей, типично нарушенных при шизофрении, сфокусированные больше на самих когнитивных процессах, чем на подаче информации, подходящей для личного и социального функционирования. Далее в рассматриваемой главе исследуются не только вопросы эффективности данных видов терапии, но и тонкие механизмы лечебного влияния, с выходом на модель заболевания, которую авторы определяют как «модель краха». В соответствии с этой моделью после развития психоза разрушается вся система ранее существовавших у человека иерархически организованных паттернов ответов на стимулы среды, в том числе социальной. Поэтому после психоза необходимо фактическое переучивание, причем с учетом большого числа механизмов – начиная от общей активности, способности к концентрации внимания, хранению информации в оперативной памяти, восстановления символической репрезентации информации, множества других частных способностей. В соответствии с моделью ответа на дезорганизацию психиатрическая реабилитация должна обеспечить целый ряд условий, которые включают стабильные требования среды к ключевым когнитивным операциям, репетицию, регуляцию, закрепление ответа. Именно этим требованиям соответствуют когнитивные модели научения, доказавшие свою клиническую эффективность. Подводя итог исследованиям, авторы пишут о столь обнадеживающих эффектах нейрокогнитивного воздействия на больных, что в руководстве, изданном Американской Психиатри-

ческой Ассоциацией (1997), этот метод рекомендуется для использования в качестве стандартного вида лечения. Предполагается, что выполняться он может в различных форматах – как клиницистами, так и психологами, подготовленными в области психопатологии, нейропсихологии или психиатрической реабилитации.

Продолжает анализ когнитивных подходов в психотерапии шизофрении глава 9, причем авторы описывают три различных подхода в рамках этого направления: когнитивная коррекция, содействующая преодолению нарушений процессов обработки информации, когнитивное воздействие на галлюцинации и бредовые убеждения, когнитивные техники в помощь адаптации и восстановлению от психоза. Однако основным фокусом внимания для авторов стала *Cognitively Oriented Psychotherapy for Early Psychosis (COPE)* – когнитивно-ориентированная терапия первого эпизода психоза – как часть третьего из названных направлений. В числе главных принципов данного подхода – 1) вмешательство должно происходить как можно ранее, 2) больной сам является инструментом собственного восстановления, 3) в болезни находят отражение возрастной этап начала процесса и собственное «Я» больного. Подробно рассматриваются факторы, влияющие на терапевтические отношения, как связанные с клинической картиной, так и более общие, возможности содействия договору с клиентом, рассматриваются проблемы оценки состояния больного. Кроме объективных показателей клинической оценки большое значение приобретают собственные когниции пациента, например, маркировка им своего состояния, мнение о перспективах, собственной индивидуальности, предлагается широкий диапазон оценочных приемов и техник. Цели адаптации в COPE-терапии определяются по трем пунктам: помощь человеку в поиске значения опыта психоза, усиление чувства обогащения личного опыта и повышение самоуважения, защита положительной и нейтрализация отрицательной части «Я». Интересно, что для авторов повторный приступ есть не что иное, как результат неудачной адаптации личности к нарушению, возникшему после первого приступа психоза. Поэтому обязательная цель терапевтической работы – профилактика повторной заболеваемости. При завершении терапии необходима отдельная работа по преодолению страха ее окончания у клиента, формирование уверенности в возможности самостоятельного разрешения проблем, особые процедуры окончания терапии. Приведенные результаты рандомизированного и нерандомизированного исследований COPE-терапии оценены как весьма обнадеживающие, COPE позволяет преодолеть психотерапевтический нигилизм в отношении шизофрении и серьезных расстройств, при этом признается необходимость дальнейших исследований ее эффективности.

Неожиданной представляется тема главы 10, освещающей объектные отношения больных шизоф-

рений и существующую у них способность к тестированию реальности. Однако, с другой стороны, можно ли представить работу о проблемах больных шизофренией без внимания к этой тематике, особенно если учесть сколь авторитетные ученые занимались ее разработкой. Краткий обзор этих исследований представлен в лаконичной форме, с использованием терминологии данного подхода (эго-функции, типология объектных отношений, тестирование реальности в терминах точности восприятия внешних событий, внутренних событий и их различения). Авторы с сожалением отмечают, что психология познавательных процессов и эго-психология развиваются порознь и редко встречаются на интеллектуальном пространстве, хотя могут соприкасаться, поскольку компоненты социального познания необходимы для установления и поддержания хороших объектных отношений, а описание объектных отношений – существенное дополнение к описанию особенностей социального познания у больных. Исходя из этих рассуждений, но отнюдь не поддерживая ранние модели теории объектных отношений, грешащие спекулятивностью построений, исследователи соглашаются с мнением о том, что бедные, неудовлетворительные объектные отношения делают человека более подверженным стрессам, менее способным получать поддержку, а усиление изоляции повышает вероятность психоза. Описаны два эмпирических исследования, где с использованием *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI)* – специализированного опросника, проверялась гипотеза о том, что хорошие объектные отношения и способность к тестированию реальности более сохранены при возникновении болезни в зрелом, нежели в раннем возрасте. Результаты подтверждают данную гипотезу, так, для раннего начала процесса характерны значительно более выраженные нарушения большинства параметров объектных отношений (отчуждение, опасность взаимодействия, социальная некомпетентность) и тестирования реально-

сти (искажение реальности, неуверенность восприятия, галлюцинации и иллюзии). Помимо большей благоприятности позднего начала, в исследованиях была продемонстрирована возможность выделения нескольких групп больных, каждая из которых предполагает свой подход и стратегию реабилитации, хотя остается много неисследованных вопросов, в том числе – о связи нарушений с расстройством социального познания.

В заключительной 11 главе авторы намечают перспективы основного подхода, суммируя уже полученные данные и обозначая белые пятна. Помимо нейрокогнитивных дефицитов познания удалось описать нарушения социального познания, основанные на иной, небиологической модели, представить механизмы нарушения обработки социальной информации, соотнести нарушения социального познания с клинической симптоматикой и влиянием контекста. Несмотря на неясность некоторых вопросов, удастся наметить пути улучшения функционирования больных в области социального познания, разрабатываются психосоциальные вмешательства, повышающие уровень когнитивного функционирования, в том числе – влияя на социальное познание. В числе актуальных перспективных проблем – разработка моделей дефицита обработки социальной информации, методологии оценки выявляемых дефицитов и интервенции.

Следует добавить, что аннотируемая работа снабжена подробнейшей и обширной библиографией по каждому из разделов, и ее перевод и издание на русском языке, на наш взгляд, явится ценным вкладом в развитие концепции дефицита социального познания при шизофрении и его преодоления.

**О.В. Рычкова**  
(Московский НИИ психиатрии,  
отделение внебольничной психиатрии  
и организации психиатрической помощи;  
Белгородский Государственный Университет,  
кафедра общей и клинической психологии)