

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В. П. СЕРБСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Кузнецов Сергей Юрьевич

**МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ
ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Специальность: 3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор

Шмуклер Александр Борисович

МОСКВА – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ В СТРУКТУРЕ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	10
1.1. Проблема социально-когнитивного функционирования лиц с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.....	10
1.2. Нейробиология социального познания.....	25
1.3. Терапия, направленная на дефицит социального познания	30
1.4. Метакогнитивный тренинг в структуре когнитивной терапии пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра	35
1.5. Эффективность «Метакогнитивного тренинга»	40
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	47
2.1. Общая характеристика материала	47
2.2. Методы обследования.....	49
2.2.1. Клинико-психопатологическое обследование	49
2.2.2. Клинико-социальное обследование	51
2.2.3. Исследование социально-когнитивных функций.....	52
2.3. Статистические методы.....	55
2.4. Характеристика программы «Метакогнитивный тренинг».....	57
ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУПП	62
3.1. Характеристика нозологических групп пациентов	62
3.1.1. Социально-демографические и клинические характеристики.....	62
3.1.2. Клинико-психопатологические особенности и показатели личностного и социального функционирования	66
3.1.3. Характеристика социально-когнитивных функций	70
3.1.4. Определение мишеней психосоциальной терапии у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством	88

3.2. Сравнительный анализ социально-демографических, клинических и нозологических характеристик основной и контрольной групп.....	92
ГЛАВА 4. ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПАРАМЕТРОВ ЛИЧНОСТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОСНОВНОЙ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУПП	97
4.1. Динамика клинико-психопатологических показателей и параметров личностного и социального функционирования в основной и контрольной группах	97
4.2. Динамика показателей социально-когнитивных функций в основной и контрольной группах	113
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	129
ВЫВОДЫ	141
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	143
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	144
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	147
ПРИЛОЖЕНИЕ	192

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в значительном числе случаев способствует ухудшению социального функционирования и инвалидизации. По данным ВОЗ шизофрения занимает одно из первых мест в мире среди причин нетрудоспособности у лиц молодого возраста (Библиотечный каталог публикаций ВОЗ. Контекст психического здоровья. Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья). Доля пациентов с шизофренией, имеющих инвалидность в Российской Федерации в 2019 году, составила 32,8% (235,88 человек на 100 тыс. населения), при этом всего пациентов с шизофренией с установленной первой и второй группами инвалидности в 2019 году было 304419, пациентов с третьей группой инвалидности – 35816. Впервые признанными инвалидами в связи с шизофренией в 2019 году – 8160 человек (5,6 на 100 тыс. населения), что составило 19,7% среди пациентов с психическими заболеваниями, впервые признанными инвалидами (Казаковцев Б. А. с соавт., 2020). Пациенты с шизофренией наряду с ограничением и утратой трудоспособности, обнаруживают ту или иную степень социальной несостоятельности, которая выражается в нарушениях социального взаимодействия, как внутри семьи, так и в обществе в целом, а также утратой прежних интересов к привычной деятельности и обучению.

Задачами оказания психиатрической помощи пациентам с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, в настоящее время, являются не только редукция позитивной симптоматики, но и обеспечение наилучшего качества жизни, с учетом профессиональной деятельности, а также сохранение и восстановление социальных связей (Kawohl W. et al., 2017). Реализация данных задач происходит одновременно с общемировой тенденцией к сокращению стационарного звена и внедрению стационарзамещающих форм оказания психиатрической помощи (Гурович И. Я. с соавт., 2015).

Широкий спектр нарушений, в том числе с вовлечением когнитивных функций, выявляется у пациентов с шизофренией еще до манифеста психического расстройства. Известно, что с течением заболевания позитивные симптомы могут ослабевать, в то время как на первый план выступают расстройства, лежащие в основе социальной дезадаптации, к которым относят нарушения мотивации, нейрокогнитивный и социально-когнитивный дефицит (Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020; Bittner R. A. et al., 2021; Harvey P. D., 2022). Имеются данные, что социально-когнитивные функции, определяемые многими авторами как набор способностей, необходимых для социального взаимодействия, имеют ключевое значение в социальном функционировании, и в значительно большей степени, чем психопатологическая симптоматика или дефицит базовых когнитивных функций, обуславливают социальную дезадаптацию лиц с шизофренией (Гурович И. Я. с соавт., 2015; Папсуев О. О. с соавт., 2014; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020; Vecchi M. et al., 2012; García R. R. et al., 2018; Harvey P. D. et al., 2020).

Важной особенностью терапии шизофрении является недостаточная эффективность фармакологической терапии в отношении нарушений социальной адаптации. Соответственно, задачей психиатрической службы является разработка методов, позволяющих уменьшить выраженность указанных дефицитов и способствовать улучшению адаптации пациентов в обществе (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2015; Dziwota E. et al., 2018; Bighelli I. et al., 2021). Исследования социально-когнитивных нарушений в настоящее время представлены изучением их роли в процессах психотической декомпенсации и стабилизации состояния, а также разработкой методов воздействий на данные нарушения (Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020). Elis O. et al. (2013) в своей работе, посвященной психосоциальному лечению негативных симптомов при шизофрении, говорили о том, что современные методы и направления будущих исследований затрагивают проблему психосоциальных вмешательств, важных для реабилитации и восстановления после тяжелого психоза (Elis O. et al., 2013). Терапия негативных симптомов у пациентов с шизофренией становится одним из приоритетных направлений. Параллельно с воздействиями на негативную симптоматику и наряду с терапией

позитивных расстройств важную роль приобретает когнитивная терапия и реабилитация (Bellani M. et al., 2019; Matsuda Y. et al., 2019). Можно сказать, что в настоящее время направление когнитивной ремедиации активно развивается и характеризуется воздействиями, фокусом которых является улучшение социального функционирования путем устранения когнитивного дефицита, в целом, и социально-когнитивного дефицита, в частности. (Гурович И. Я. с соавт., 2014; Кузнецов С. Ю., 2019; Horan W. P. et al., 2023).

К числу таких воздействий относится метакогнитивный тренинг (МКТ), разработанный Moritz S. и соавторами (Moritz S., Woodward T., 2007; Moritz S. et al., 2023). Программа сочетает в себе элементы психообразования, когнитивной реабилитации и построена на принципах когнитивно-поведенческой терапии. Метакогнитивный тренинг, направленный на коррекцию характерных для шизофрении нарушений познавательных функций в сфере восприятия социальной среды, обработки информации, стратегии принятия решений и формирования убеждений, является патогенетически обоснованным психосоциальным вмешательством. Таким образом, метакогнитивный тренинг соответствует самым современным требованиям, предъявляемым к таким вмешательствам. Программа ориентирована на изменение специфических социально-когнитивных нарушений, которые приводят к неверным умозаключениям, что может способствовать формированию и поддержанию бредовых расстройств и психотической декомпенсации (Freeman D., 2007; Moritz S. et al., 2010, 2023; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2019).

Актуальность исследования МКТ представляется высокой. Это обусловлено необходимостью определения эффективности данного вида вмешательства на разных этапах оказания психиатрической помощи, особенно на этапе лечения в условиях дневного стационара и амбулаторном звене, а также значимостью дифференцированной оценки показаний для участия в тренинге в зависимости от параметров социально-когнитивного функционирования и клинических особенностей пациентов.

Цель исследования

Определение влияния метакогнитивного тренинга на клинико-психопатологические показатели и социально-когнитивное функционирование пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством.

Задачи исследования

1. Осуществить сравнительную оценку социально-когнитивного дефицита у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством, находящихся на лечении в условиях дневного стационара.

2. Изучить динамику социально-когнитивных нарушений в процессе проведения метакогнитивного тренинга у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством.

3. Изучить динамику психопатологической симптоматики, включая уровень апатии, в процессе проведения метакогнитивного тренинга у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством.

4. Изучить эффективность метакогнитивного тренинга в отношении влияния на показатели социального функционирования пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством.

Научная новизна исследования

В диссертационной работе, впервые в отечественных исследованиях, на репрезентативном материале русскоязычной выборки пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством, получающих лечение в условиях дневного стационара, проведено сравнение социально-когнитивных функций при различных диагнозах, показано влияние метакогнитивного тренинга на редукцию клинических проявлений заболевания: снижение уровня подозрительности с улучшением кооперативности, раппорта, а также осознания имеющегося психического расстройства. Показано, что тренинг способствует

уменьшению уровня апатии. Продемонстрировано положительное влияние на нарушения социального познания, в частности, на способность к распознаванию лицевой экспрессии, атрибутивный стиль и внутреннюю модель сознания другого, а также снижение уровня враждебности и агрессивных намерений в неоднозначных ситуациях.

Получены доказательства улучшения показателей личностного и социального функционирования у пациентов, прошедших метакогнитивный тренинг.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Теоретическая значимость результатов настоящего исследования состоит в получении данных, убедительно доказывающих преобладание нарушений социально-когнитивных функций у пациентов с параноидной формой шизофрении по сравнению с шизоаффективным расстройством. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости дифференцированной оценки апатии с учетом субъективных и объективных показателей.

В рамках исследования получены новые данные о терапевтическом влиянии метакогнитивного тренинга на социальное функционирование пациентов и выраженность ряда клинических показателей, таких, как подозрительность, с одной стороны, и апатия — с другой, улучшение кооперативности и раппорта.

В исследованной когорте пациентов определены мишени психосоциального вмешательства, что позволяет внедрить в практику дифференцированный подход к выбору программ психосоциальной (включая когнитивную) терапии.

Практическая значимость полученных в рамках настоящего исследования результатов состоит в обосновании необходимости включения метакогнитивного тренинга в комплексную программу терапии пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством в условиях психиатрического дневного стационара, тем самым повышая эффективность оказания психиатрической помощи.

Полученные результаты можно экстраполировать на другие формы

стационарзамещающей помощи, такие, как психиатрический дневной стационар для психосоциальной реабилитации и отделение оказания психиатрической помощи при расстройствах психотического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера, с внедрением метакогнитивного тренинга в структуру психосоциальной (включая когнитивную) терапии рассматриваемого контингента пациентов данных подразделений.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. У пациентов с параноидной формой шизофрении по сравнению с пациентами с шизоаффективным расстройством отмечается более выраженное нарушение социального познания в доменах внутренней модели сознания другого наряду с трудностями в идентификации эмоционального состояния по лицевой экспрессии.

2. Для пациентов с параноидной формой шизофрении по сравнению с пациентами с шизоаффективным расстройством характерно более выраженное нарушение процесса атрибуции с формированием враждебного атрибутивного стиля, а также более высокий уровень враждебности и риск проявления агрессии в ситуациях социального взаимодействия.

3. Метакогнитивный тренинг снижает уровень подозрительности, повышает уровень кооперативности, раппорта, улучшает осознание имеющегося психического расстройства, а также способствует уменьшению выраженности апатии.

4. В процессе проведения метакогнитивного тренинга у пациентов отмечается улучшение социального функционирования.

5. Метакогнитивный тренинг способствует улучшению социально-когнитивных функций в доменах внутренней модели сознания другого, социального знания, а также распознаванию эмоций по лицевой экспрессии.

6. У пациентов, прошедших метакогнитивный тренинг, отмечается снижение враждебных и агрессивных намерений.

ГЛАВА 1. МЕТАКОГНИТИВНЫЙ ТРЕНИНГ В СТРУКТУРЕ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Проблема социально-когнитивного функционирования лиц с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Шизофрения — многообразное в психопатологических проявлениях психическое расстройство, негативно влияющее на социальное функционирование больных (Шмуклер А. Б., 1999; 2021; Коцюбинский А. П., 2004; Кирьянова Е. М., 2010; Прибытков А. А., 2012; Шмилович А. А., Гончаренко С. Н., 2016). Функциональные исходы у пациентов с шизофренией обычно хуже, чем у лиц с другими психическими расстройствами, развивающимися в молодом и среднем возрасте (Jobe T. H. et al., 2005).

Расстройства шизофренического спектра приводят к поражению наиболее важных видов деятельности (Швец К. Н, Хамская И. С., 2019), включая обучение, работу (Bouwmans C. et al., 2015), независимое проживание, взаимодействие с окружающими (Gorostiaga A. et al., 2017), способность к близким отношениям (Budziszewska M. D. et al., 2020). Шизофрению относят к группе высокоинвалидизирующих заболеваний. Степень трудовой дезадаптации, требующей установления группы инвалидности при данной патологии, достигает 40% от общего количества заболевших (Гурович И. Я. с соавт., 2012). При этом число инвалидизированных пациентов не отражает общей картины социальной дезадаптации, вызванной шизофренией, а лишь показывает долю наиболее тяжелого контингента больных с выраженными нарушениями способности к трудовой деятельности. Однако даже в преморбидном периоде возникают функциональные нарушения, не позволяющие полноценно вовлекаться в социальные процессы и выстраивать межличностные связи (Гурович И. Я. с соавт., 2015).

Социальная дисфункция, то есть ухудшение функционирования в одной или нескольких базовых сферах, таких, как межличностные контакты, работа или уход за собой являются неотъемлемой частью диагностических критериев для шизофрении (DSM-5; Maj M. et al., 2021).

Гурович И. Я., Папсуев О. О. (2015) распределили основные факторы, влияющие на социальное функционирование пациентов с шизофренией, на четыре группы. Первая группа включает социальную ангедонию, отгороженность, нарушение социализации, эмоциональное снижение (дефицит социального ответа), недостаточность социального целеполагания, волевое снижение. Вторая группа факторов представлена социальными навыками, социальной компетентностью в условиях когнитивных, эмоциональных, мотивационных ресурсов, утратой знаний, навыков, умений взаимодействовать, использовать стратегии совладания, утратой социальной компетентности. Третья группа охватывает факторы когнитивного дефицита, разделенные на нейрокогнитивный и социально-когнитивный. Четвертая группа содержит: средовые отношения (поддержка и препятствия), стигму (самостигматизацию), социальную позицию (социальная незаинтересованность, пораженческая позиция), обеднение социальных сетей, снижение (отсутствие) мотивации и защитное поведение (Гурович И. Я., Папсуев О. О., 2015).

Когнитивный дефицит, в целом, выступает в роли одного из важнейших факторов социального функционирования и качества жизни пациентов (Аведисова А. С., 2002; Незнанов Н. Г., Иванов М. В., 2021; Weber S. et al., 2022). Полученные рядом исследователей последних десятилетий сведения дают возможность рассматривать данный дефицит в качестве одной из базовых групп симптомов при шизофрении (Castelnovo A. et al., 2015; Ханнанова А. Н., 2013; Дорофейкова М. В., 2017; Голубев С. А., 2022). Когнитивный дефицит является маркером аномального развития центральной нервной системы, учитывая контекст генетического риска и нарушений раннего развития (Rapoport J. L., 2012).

Особенности и выраженность расстройств в преморбидном периоде, вероятно, связаны с поражающим действием шизофренического процесса на еще

не развившиеся структуры головного мозга, тем самым и определяя тяжесть функциональных нарушений и негативный прогноз течения заболевания (Шмуклер А. Б., 2010; Гурович И. Я. с соавт., 2015). Дефицит в преморбидном периоде наблюдается в подавляющем большинстве случаев дебюта психического расстройства в детском возрасте, достигая 87% случаев (Kolvin S. et al., 1971). Когнитивные нарушения у детей и подростков отмечаются еще до манифеста психоза при шизофрении. (Cornblatt В., 1999). Более того, подобные нарушения наблюдаются и у близких родственников пациентов (Keri S. et al., 2001; Niendam T. A. et al., 2003; McIntosh A. M. et al., 2005; Ivleva E. I. et al., 2012). Наличие же психоза у родственника первой линии увеличивает вероятность тяжести преморбидных нарушений при шизофрении в детском возрасте (Seidman L. J. et al., 2013).

У пациентов с ранним началом шизофрении в преморбиде отмечаются более выраженные нарушения самообслуживания и социальной коммуникации, чем у пациентов, возраст начала развития заболевания, которых приходится на более поздний период (Startup M. et al., 2002). Напротив, при развитии шизофрении в зрелом возрасте признаки функциональных нарушений и дефицит социального функционирования менее выражены (Гурович И. Я., 1965; Almeida O. et al., 1995). Вероятнее всего это связано с тем, что основной объем когнитивных нарушений приходится на продромальный и манифестный периоды расстройства, а также на период после инициального психоза, что получило отражение в формировании концепции «нейротоксичности психоза» (Pantelis C. D. et al., 2003; Keefe R. S. E. et al., 2006; Simon A. E. et al., 2012; Hou C. L. et al., 2016; Карякина М. В. с соавт., 2021). Имеются сведения, что функциональная несостоятельность при развитии шизофрении фиксируется уже после первого эпизода расстройства, вызывая дисфункцию в социально-ролевом поведении, особенно в семейной жизни и стабильных партнерских отношениях (Häfner H. et al., 2006).

Наряду с широко исследуемой проблемой нейрокогнитивного дефицита (Sullivan E. V. et al., 1994; Heaton R. et al., 1994; Saykin A. J. et al., 1994; Fervaha G. et al., 2016; Иванов М.В., Незнанов Н. Г., 2008; Софронов А. Г. с соавт., 2012;

Янушко М. Г. с соавт., 2014; Петрова Н. Н. с соавт., 2016; Карякина М. В. с соавт., 2021), интерес к изучению социального познания стремительно растет и признан одним из основных направлений трансляционных исследований в психиатрии в области изучения шизофрении (Гурович И. Я., 2001; Vaskinn A. и Horan W. P., 2020). Так, после 2004 года наблюдается увеличение публикаций, особенно в англоязычной литературе, с резким ростом числа работ после 2011 года, сохраняющимся и в настоящее время¹.

Изучение дисфункции социального познания у лиц с шизофренией отражено в работах исследователей отечественной психологической школы. В частности, имеются публикации, посвященные нарушениям идентификации эмоций, переработки информации и «социального интеллекта» у данного контингента пациентов (Холмогорова А. Б., 1983; Хломов Д. Н., 1984; Гаранян Н. Г., 1986; Курек Н. С., 1988; Критская В. П. с соавт., 1991; Гурович И. Я. с соавт., 2001; Рычкова О. В., Сильчук Е. П., 2010).

В литературе представлены различные дефиниции социального познания (Лоскутова В. А., 2009; Бурова В. А., 2012, 2015). В статье Smith E. R. et al. (2007) социальное познание определяется как область познания, которая включает в себя восприятие, интерпретацию и обработку социальной информации (Smith E. R. et al., 2007). Kamel N. и Al Qahtani F. (2019) считают, что социальное познание представляет собой совокупность операций, возникающих в процессе восприятия, понимания и выработки соответствующих реакций в результате «столкновения» с другими (Kamel N. и Al Qahtan F., 2019). Adolphs R. (2001) определяет социальное познание как «когнитивный процесс, который является фундаментальным для межличностных отношений, включая способность человека понимать намерения и характеры других людей» (Adolphs R., 2001). Green M. F. и соавт. (2015) – как «психологические процессы, участвующие в восприятии, кодировании, хранении, извлечении и регулировании информации о других людях и о себе». Эти процессы, по мнению авторов, включают восприятие социальных сигналов, обмен опытом,

¹Поданным поисковой системы: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>.

понимание мыслей и эмоций других людей и управление эмоциональными реакциями других (Green M. F., 2015).

В 2006 году в Национальном институте психического здоровья (National Institute of Mental Health (NIMH), США) было проведено совещание, повестка которого была посвящена формированию консенсуса по вопросам социального познания при шизофрении. В результате была принята точка зрения о том, что социальное познание — многогранное явление, в которое включено пять доменов:

1) внутренняя модель сознания другого (ВМСД, «Theory of mind», модель психического) — способность интерпретировать речь и действия другого человека, понимание его намерений, точки зрения, знаний и убеждений;

2) социальная перцепция — способность понимать и оценивать социальные роли, правила и контекст, а также восприятие вербальных и невербальных сигналов (движений, поз и жестов);

3) социальное знание — возможность верного анализа социальных сценариев и их поддержания, построение адаптивных целей и ожиданий в ходе межличностного взаимодействия;

4) атрибутивный стиль — способ интерпретации происходящих событий (позитивных или негативных) и приписывание причины их возникновения себе/другим/обстоятельствам;

5) распознавание эмоций — восприятие и идентификация эмоций других людей, преимущественно по выражению лица и интонациям (Bellack A. S. et al., 2007; Green M. F. et al., 2008; Pinkham A. E. et al., 2014; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020).

Позже были предложены четыре общих социально-когнитивных процесса — восприятие социальных сигналов, обмен опытом, ментализация, переживание и регулирование эмоций. Описанные общие социальные когнитивные процессы согласуются с организационными моделями нейронных систем в

социальной нейробиологии. Им в последнее время уделяется большое внимание в литературе, касающейся вопросов изучения шизофрении (Green M. F. et al., 2015; Dore B. P. et al., 2015).

Исследования последних 20 лет показали, что социальное познание объясняет больше различий в функциональных результатах, чем нейрокогниции (Kee K. S. et al., 2003; Vauth R. et al., 2004; Bowie C. R. et al., 2006; Brekke J. S. et al., 2007; Sergi M. J. et al., 2007; Fett A. K. et al., 2011).

Социальное познание играет медиаторную роль между нейрокогнитивными и функциональными нарушениями, такими, как социальные навыки, решение социальных задач, навыками независимой жизни, трудовое и социальное функционирование (Schmidt S. J. et al., 2011). Негативные симптомы при шизофрении рассматриваются некоторыми авторами как последствия дефицита социального познания (Pelletier-Baldelli A. et al., 2020; Okruszek Ł. et al., 2020).

При шизофрении возможны нарушения во всех доменах социального познания (Moritz S. et al., 2010; Eichner C. et al., 2016). Степень вовлечения социального познания, его нарушения непосредственно связаны с функциональным исходом (Couture S. M. et al., 2006; Savla G. N. et al., 2013; Johannesen J. K. et al., 2013; Green M. F. et al., 2004, 2014, 2015; Самойлова Д. Д., Барыльник Ю. Б., 2017). Рядом авторов высказывается мнение, что связь между нейропознанием и функциональным результатом опосредована социальной перцепцией и связана с решением социальных вопросов и социальным поведением (Couture S. M. et al., 2006; Sergi M. J. et al., 2006; Green M. F., 2008).

Внутренняя модель сознания другого (ВМСД, «Theory of mind», модель психического), также называемая ментализацией, «когнитивной эмпатией» или «атрибуцией психического состояния», определяют как «способность представлять психические состояния других, включая вывод о намерениях, склонностях и/или убеждениях» (Frith C. D. et al., 1992; Penn D. L., 2006; Румянцева Е. Е., 2015; Морозова А. А. с соавт., 2017) или как «способность делать выводы и предсказывать намерения, мысли, желания, интуицию, поведенческие

реакции, планы и убеждения других людей» (Green M. F. et al., 2008; Frith C. D. et al., 2011; Mathersul D. et al., 2013) посредством осознания того, что психическое состояние, побуждения и информация других людей могут отличаться от своих собственных (Elgie R. et al., 2007; Korkmaz B., 2011).

Высказывается мнение, что адаптация к повседневной жизни включает в себя не только обработку конкретной информации и выполнение той или иной конкретной задачи, но и сложный «рекурсивный процесс», в котором рассмотрение людьми своих психических состояний и состояний других позволяет создавать смысл и применять его в повседневной жизни (Damasio A. et al., 2000; Dimaggio G. et al., 2008; Lysaker P. H. et al., 2011). В литературе встречается подразделение ВМСД на когнитивную, заключающуюся в способности интерпретировать убеждения других людей, и так называемая аффективная ВМСД — относящаяся к способности интерпретировать чувства других людей (Brown E. C. et al., 2014; Mitchell R. L., 2016; Wang Z. et al., 2013). Актуальность ВМСД и ее дефицита в жизни индивида подчеркивается, например, позицией Brüne M., Brüne-Cohrs U. (2005), в которой роли ВМСД отведено центральное место в жизни человека, и любое нарушение этой когнитивной способности может нанести вред социальному функционированию» (Brüne M., Brüne-Cohrs U., 2005).

ВМСД при развитии шизофрении — одна из наиболее поражаемых социально-когнитивных функций (Рычкова О. В., Сильчук Е. П., 2010; Руденко С. Л., 2013; Андрианова Н. Е., 2016; Иосифян М. А. с соавт., 2020). Нарушение ВМСД было выявлено у лиц с шизофренией (Savla et al., 2013; Mitchell R. L. et al., 2016), в том числе при становлении ремиссии (Румянцева Е. Е., 2015). Показано, что нарушение ВМСД коррелирует с негативными симптомами и обуславливает ухудшение социального функционирования (Wellman H. M. et al., 2001).

Проблема критического осмысления имеющихся психических расстройств определяется в зарубежной литературе понятием клинического инсайта (David A. S., 1990). Клинический инсайт принято подразделять на три подгруппы:

осознание болезни (то есть, понимание того, что необычные и мучительные переживания связаны с болезнью), распознавание симптомов (способность идентифицировать и различать специфические психотические симптомы) и осознание необходимости лечения (рассматривая лечение как решение неприятных переживаний) (David A. S., 1990). При исследовании осознания наличия психического расстройства, его симптомов и последствий обнаружена связь между способностью к такому осознанию и ВМСД (в частности, способностью понимать намерения других людей в задании на подсказку), которая не зависела от нейрокогнитивного статуса пациента и клинических проявлений. Подчеркивалось отсутствие связи между ВМСД и когнитивным пониманием, а также позитивные результаты, направленные на улучшение ВМСД в отношении навыков восприятия перспективы, вмешательств, которые могли улучшать осведомленность о расстройстве и функциональные исходы при шизофрении (Ng R. et al., 2015). Результаты исследования, проведенного Bhagyavathi H. D. et al. (2014), показали, что с клиническим инсайтом в значительной степени коррелировали эмпатия (в понимании аффективной ВМСД), восприятие эмоций и социальная перцепция, но только эмпатия и распознавание эмоций были значимыми предикторами клинического инсайта при проведении множественного линейного регрессионного анализа (Bhagyavathi H. D. et al., 2014). Полученные результаты позволили сделать вывод о том, что способность обрабатывать социальную информацию связана с возможностью индивида «судить о себе», в том числе о том, есть ли у него психическое расстройство. Высказывалась и отличная точка зрения. Так, по данным Feyer F. K. et al. (2020), социальная перцепция связана с осознанием болезни и является более сильным предиктором, чем клинические симптомы и «несоциальное познание» (нейрокогниции). Следовательно, вмешательства, улучшающие социальную перцепцию, могут способствовать лучшему пониманию и, вероятно, даже улучшению функционирования (Feyer F. K. et al., 2020). Некоторыми авторами в контексте изучения клинического инсайта указывается, что понимание включает в себя метапознание (David A. S., 2019). Исследования

Vohs J. L. et al. (2015) и Lysaker P. H. et al. (2019) обнаружили связь метапознания и клинического инсайта.

Bora E. et al. (2006) сделали вывод, что понимание психического состояния, которое, в рамках их исследования, определялось при помощи теста «Понимание психического состояния по глазам» (RMET) является лучшим предиктором социального функционирования (Bora E. et al., 2006). Brown E. C. et al. (2014) высказали иную позицию, подчеркнув бóльшую связь когнитивного компонента ВМСД (когнитивная ВМСД) с функционированием в реальной жизни, нежели аффективной ВМСД (Brown E. C. et al., 2014). В исследовании Lysaker P. H. et al. (2011) с применением шкалы оценки метапознания и оценки повседневных навыков (UCSD Performance – Based Skills Assessment Battery (UPSA; Patterson T. L. et al., 2001) продемонстрировали связь между областью метапознания, отражающую способность формировать знания о собственном состоянии и состоянии других людей и использовать эту информацию для решения психологических проблем. Было высказано предположение, что нарушение в данной области может привести к проблемам при решении более сложных повседневных задач, например, при планировании деятельности и снижению функциональных возможностей (Lysaker P. H. et al., 2011).

Frith C. D. (1992) предположил, что ВМСД у пациентов с шизофренией нарушена из-за их неспособности контролировать свое собственное психическое состояние и верно оценивать поведение других людей, что может объяснить многие позитивные и негативные симптомы при шизофрении (Frith C. D., 1992; Brüne M., 2005).

В нескольких работах было продемонстрировано, что у пациентов с первым эпизодом психоза и длительно текущей шизофренией выявлен дефицит ВМСД при сравнении с выборкой лиц без шизофрении и родственниками первой линии родства (Mazza M. et al., 2012; Cassetta V. et al., 2014; Lahera G. et al., 2015; Langdon R. et al., 2017).

В трехлетнем исследовании ВМСД, проведенном Ayesa-Arriola R. et al. (2016) с применением теста «Понимание психического состояния по глазам» (RMET), участвовали 160 пациентов, которые трижды были обследованы: при первом эпизоде психоза, через год и три года. Было выявлено, что дефицит ВМСД оставался стабильным и характерным нарушением, которое не изменилось в течение всего периода наблюдения. Дефицит ВМСД не соотносился с клиническими симптомами, но была связь между ВМСД и нейрокогнитивными дисфункциями, особенно в отношении скорости обработки информации (Ayesa-Arriola R. et al., 2016). Kelemen O. et al. (2019) в исследовании выборки больных с шизофренией, исключая пациентов первого психотического эпизода, с применением теста «Понимание психического состояния по глазам» (RMET) получили отличные от данных Ayesa-Arriola R. et al. (2016), результаты. Так, вопреки первоначальным ожиданиям, было выявлено улучшение показателей ВМСД у пациентов с длительностью шизофрении более 10 лет. Из этого был сделан вывод о том, что дефицит ВМСД с меньшей вероятностью можно рассматривать в качестве маркера шизофрении. При этом следует отметить, что исследуемая группа пациентов характеризовалась симптомами от легкой до умеренной степени выраженности и умеренными функциональными нарушениями, а также хорошей приверженностью лечению и регулярным участием в программах реабилитации. Авторы предположили, что улучшение показателей ВМСД связано с интенсивными социальными взаимодействиями (Kelemen O. et al., 2019). Другое исследование, включающее 41 пациента с шизофренией и наблюдением в течение пяти лет, было выполнено McCleery A. et al. (2016). В работе изучалось социальное познание с применением: «Тест эмоционального интеллекта Мейера-Сэловея-Карузо» и методики «Отношения между доменами» (The Relationships Across Domains (RAD)). Были получены результаты, свидетельствующие в пользу точки зрения о том, что социальные когнитивные нарушения могут быть характерным маркером шизофрении (McCleery A. et al., 2016).

Социальное восприятие (социальная перцепция). Социальное восприятие представляет собой «расшифровку и интерпретацию социальных сигналов в

других» (Pinkham A. E. et al., 2014), то есть способность воспринимать, интерпретировать и обрабатывать социальную информацию повседневной реальности или способность формировать представление об отношениях между собой и другими с возможностью гибкого использования этих представлений для определения социального поведения (Green M. F. et al., 2008). С точки зрения Cavieres Á. et al. (2022), концепция социального восприятия определяется как совокупность «низкоуровневых дорефлективных процессов», лежащих в основе межличностных взаимодействий (Cavieres Á. et al., 2022).

У пациентов с шизофренией демонстрируются нарушения зрительного восприятия в целом, и распознавание эмоциональных реакций других по мимике и невербальному общению, в частности (Savla G. N., 2013; Green M. F., 2015; Симонова Н. А. с соавт., 2014; Андрианова Н. Е., 2016; Зверева Н. В. с соавт., 2016).

При исследовании распознавания эмоций по лицу (лицевой экспрессии), позе и жестам получены данные, свидетельствующие, что у пациентов имеются нарушения определения реакций и понимания нюансов тех или иных социальных ситуаций. Эмоциональные реакции других людей воспринимаются неверно в связи с недостаточной направленностью на эмоциональные стимулы и повышенный эгоцентризм. Они ограничены в представлении возможных вариантов коммуникации и отсутствии поведенческих навыков преодоления конфликтов (Гаранян Н. Г., 1986; Курек Н. С., 1986; Руденко С. Л., 2022).

В ряде зарубежных исследований также был показан общий дефицит в обработке эмоций при восприятии мимики и аномальные реакции на эмоциональные стимулы (Kohler C. G. et al., 2010; Dowd E. C. et al., 2010; Edwards J. et al., 2002). В исследовании Hall J. et al. (2004) были получены результаты, свидетельствующие, что пациенты с выраженной позитивной симптоматикой имели более выраженные трудности в распознавании основных эмоций по мимике по сравнению с пациентами без позитивной симптоматики (менее четырех баллов по подшкале позитивных симптомов PANSS) (Hall J. et al., 2004). Имеется точка зрения о том, что способность к распознаванию лицевой экспрессии частично опосредует взаимосвязь между когнитивным и социальным функционированием

(Addington J. et al., 2006). Нарушение обработки эмоциональной информации по лицевой экспрессии у пациентов с шизофренией имеет особенности, связанные с характером представленных эмоций. Пациенты с выраженными негативными расстройствами испытывали бóльшие нарушения в распознавании «счастливых лиц», нежели демонстрирующих страх, гнев, отвращение, печаль или нейтральное состояние (Strauss G. P. et al., 2010). Kohler C. G. et al. (2000) выявили большее число ошибок у пациентов при идентификации печальной мимики, нежели радостной мимики (Kohler C. G. et al., 2000). Derntl B. et al. (2016) в проведенном ими исследовании показали, что обработка нейтрального выражения лица у пациентов была нарушена (Derntl B. et al., 2016). В некоторых исследованиях получены результаты, демонстрирующие меньшую способность к распознаванию эмоций страха, гнева, особенно у пациентов с большой длительностью расстройств (Premkumar P. et al., 2008; Huang J. et al., 2011; Мнацаканян Е. В. с соавт., 2019). Высказывалось предположение, что «счастливые лица» легче классифицировать из-за «очень заметных черт» (например, улыбки). Grave J. et al. (2017) высказали позицию, что у пациентов может проявляться феномен «сенсibilизации к угрозе», и следовательно, возникают сложности в идентификации «сердитых лиц» (Grave J. et al., 2017).

Nikolaides A. et al. (2016) в исследовании влияния зрительного контакта на социальное и ролевое функционирование пациентов с шизофренией, получили результаты, указывающие на то, что время фиксации взора в группе пациентов было меньшим, количество фиксаций также снижалось и среднее время взгляда было более коротким. Особенно меньшее количество и сокращение времени эпизодов фиксации взора отмечалось при взгляде на лица (Nikolaides A. et al., 2016). В другом исследовании Karpouzian T. M. et al. (2016) для пациентов с шизофренией демонстрировались видеоролики, где были представлены разные выражения лица, жесты, интонация голоса. Авторы пришли к выводу, что пациенты с высокой степенью функционирования, в отличие от лиц с выраженными функциональными нарушениями, не имели нарушений социальной перцепции (Karpouzian T. M. et al., 2016). В исследовании Cavieres Á. et al. (2022) пациенты с шизофренией при

изображении неоднозначных социальных ситуаций должны были понять смысл сцены. Результаты исследования показали, что пациенты, несмотря на трудности в восприятии подсказок о психическом состоянии других людей, пытались понять социальные ситуации, используя информацию из подсказок (Cavieres Á. et al., 2022). Искажение интерпретации эмоционального состояния и намерений других и ложного представления о намерениях может служить предрасполагающим фактором генетически уязвимых лиц к развитию психотических симптомов (Mier D. et al., 2017). В исследовании Mathews J. R. et al. (2010) получены данные о том, что социальное восприятие и эмоциональное реагирование у пациентов с шизофренией положительно коррелирует с функциональным исходом (Mathews J. R. et al., 2010). При этом эмоциональные реакции на разнополярные стимулы (как позитивные, так и негативные) в группе пациентов с шизофренией несколько снижены по сравнению с контрольной группой, но, видимо, взаимосвязь между эмоциональными реакциями и функциональными результатами не опосредована социальным восприятием (Mathews J. R. et al., 2010).

Атрибутивный стиль/предубеждение, наряду с описанными выше доменами социального познания, является областью исследований, активно изучаемой у пациентов с шизофренией. Атрибуция, в широком смысле, обозначает «поиск и установление причин разнообразных социальных явлений». В результате, человек формирует умозаключения в отношении социальных явлений, которые не воспринимаются им непосредственно (Кузин Ю. А., 2014). Атрибуцию можно разделить на внутреннюю атрибуцию, представляющую собой приписывание причины самому себе, и внешнюю атрибуцию, то есть приписывание причины внешним факторам. Внешняя атрибуция может быть дополнительно подразделена на внешнюю личную атрибуцию, характеризующуюся приписыванием причины того или иного события другим людям, и внешнюю ситуационную атрибуцию, определяемую приписыванием причины событий ситуационным факторам (Jeon I. H. et al., 2013). По мнению некоторых исследователей, особенностью выделенного в рамках социального познания домена — «атрибутивный стиль/предвзятость», является некая обособленность данной «конструкции»,

минимально коррелирующей с другими доменами социального познания (Buck V. E. et al., 2016).

Когда говорят об атрибуции, чаще всего подразумевают каузальную атрибуцию, представляющую из себя поиск субъектом причин поведения других людей (Андреева Г. М., 2000; Кузин Ю. А., 2014). Атрибуция (и связанные с ней предубеждения) выступает важным фактором развития и поддержания позитивных симптомов при психозах (Howes O. D. et al., 2014). В этой связи, направлением исследования атрибутивного стиля при шизофрении выступает поиск взаимосвязей психотической, в частности, бредовой симптоматики с характером каузальной атрибуции (Garety P. A. et al., 1999). В своих работах Bentall R. P. et al. (2001) отмечают, что искажения, «ошибки» атрибуции связаны у пациентов с диссонансом между негативной самопрезентацией, которая возникает при тех или иных ошибках, неудачах и представлениях о себе «идеальном» (Bentall R. P., 2001; Bentall R. P., Corcoran R., 2001; Кузин Ю. А., 2014). Это вызывает тенденцию усматривать причины ошибок, неудач во внешних событиях (ситуационных или личностных, связанных с действиями других людей) для поддержания самооценки. В связи с чем происходит односторонность направления атрибуции, которая может играть роль в развитии, в частности, персекуторного бреда, наряду с нарушениями ВМСД (Bentall R. P. et al., 2001; Кузин Ю. А., 2014). В публикациях середины 90-х годов показано, что ключевую роль в развитии бреда имеет именно смещение внешней личной атрибуции, но не внешней ситуационной атрибуции (Kinderman P. et al., 1996, 1997). В работе Kaney S., Bentall R. P. (1989) высказывалась точка зрения, что когнитивные искажения играют роль в образовании бреда из-за неспособности пациентов надлежащим образом оценивать факты (Kaney S., Bentall R. P., 1989). От 40 до 70% пациентов с диагнозом шизофрения используют недостаточно информации для принятия решения, прежде чем делают выводы. Более того, данное когнитивное искажение, называемое «преждевременными (поспешными) выводами» (англ.: «jumping to conclusions»), сохраняется у пациентов и в ремиссии (Moritz S. et al., 2010; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020).

Значительную роль отводится проблеме самооценки, в контексте изучения атрибуции у пациентов с бредовыми расстройствами. Так, Murphy P. et al. (2018) в проведенном систематическом обзоре и мета-анализе, включившем 64 исследования с участием 5363 человек (3562 пациентов с психозом, 442 участника с депрессией и 1359 лиц без признаков психического расстройства), показали, что пациенты с бредом преследования имеют экстернализованную (склонность связывать негативные события с влиянием внешних факторов) направленность атрибуции, нежели здоровые лица, а также пациенты с депрессией (Murphy P. et al., 2018). Как уже говорилось, пациенты, имеющие бредовые расстройства, негативные события связывают с влиянием других (Berry K. et al., 2015; Moritz S. et al., 2018), а положительные события — приписывают себе (Candido C. L. et al., 1990; Lyon H. M., 1994). Mehl S. et al. (2010) высказали точку зрения, что особенность приписывать успех себе соотносится не с наличием и выраженностью бредовых идей, а с уровнем самооценки пациентов (Mehl S. et al., 2010). В продолжение рассмотрения исследования Murphy P. et al. (2018) следует вывод, что степень выраженности «внешнего приписывания» положительно коррелирует с тяжестью бреда. В мета-анализе большое внимание уделено самооценке пациентов с персекуторным бредом, относительно здоровых лиц, пациентов с депрессией и группы больных без персекуторных расстройств. Полученные результаты продемонстрировали, что нестабильная самооценка положительно коррелирует с тяжестью бреда. Вместе с тем, больные с персекуторным бредом характеризовались большим разрывом между эксплицитной и имплицитной самооценкой, что связано с тяжестью бредового расстройства. Значимые различия наблюдались между пациентами с персекуторным бредом и депрессивными расстройствами. По имплицитной самооценке пациенты с бредом преследования не различались с пациентами, характеризующимися другой фабулой бредовых расстройств (Murphy P. et al., 2018). Было высказано предположение, что лица с шизофренией имеют тенденцию односторонних взглядов на причины событий (Randjbar S. et al., 2011) с ограничением получения информации о причине того или иного события до одного источника (Moritz S., 2017). Такая предвзятость в

установлении причин явлений может быть фактором уязвимости при шизофрении и, как было показано Schilling L. et al. (2015), также при пограничном расстройстве личности (Schilling L. et al., 2015).

Moritz S. et al. (2017) в проведенном исследовании, вопреки изначальной гипотезе о том, что характер атрибутивного стиля варьирует в разных подгруппах шизофрении, получили результаты, свидетельствующие об отсутствии связи между содержанием бреда и атрибутивным стилем (например, «ощущение» контроля извне не было связано с повышенной беспомощностью или внешним приписыванием), что согласуется с выводом более ранней работы Jolley S. (2006) о том, что «сами по себе убеждения, связанные с преследованием не были связаны с каким-либо конкретным атрибутивным стилем» (Moritz S. et al., 2017). Результаты Moritz S. et al. (2017) соответствовали данным ранних исследований о том, что у пациентов с шизофренией выявляется более высокая частота односторонних вариантов приписывания по сравнению с контрольной группой. Также пациенты с шизофренией более склонны причины негативных событий приписывать не «всем людям», а определенной группе, или конкретным лицам, или организациям (секретные службы и так далее) (Moritz S. et al., 2017). В исследовании Bentall R. (2001) подчеркивалась роль нарушения процесса атрибуции в так называемой, «когнитивной модели галлюцинаций». Высказывалась идея, что в результате искажения мониторинга источника, необходимого для определения контекста, собственные мысли воспринимаются как чуждые собственной психике и происходит экстернализация внутренних когнитивных событий во внешний источник (Moritz S. et al., 2010; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020).

1.2. Нейробиология социального познания

Поиск биологических основ социального познания является одним из ведущих направлений современных исследований. Изучение соответствующих морфофункциональных коррелятов нарушений, в том числе, социального познания при расстройствах шизофренического спектра приобретает все большую

актуальность. Особую роль, в настоящее время, принадлежит нейровизуализационным методам исследования головного мозга, таким как функциональная МРТ (фМРТ) и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) (Магомедова М. В., 2005; Шамрей В. К. с соавт., 2010; Железняк И. С. с соавт., 2017). Были получены данные, свидетельствующие, что социальное познание и нейрокогнитивные функции в значительной степени различаются на уровне поведения и нейронных сетей (Green M. F. et al., 2015).

Нейронные корреляты обработки социальной информации принято рассматривать в рамках двух отдельных систем: «системы зеркальных нейронов» и, так называемой, «ментализирующей системы». Обе системы активизируются во время социального взаимодействия (социальных контактов) (Bickart K. et al., 2014; Vogeley K., 2017; Porcelli S. et al., 2019). «Зеркальные клетки» выделены в 1990-х гг. и представляют собой нейроны, активизируемые в результате наблюдения за другим человеком, и эта активация соответствует наблюдаемому действию, будто бы совершаемое наблюдателем, в результате чего происходит подражание или готовность подражать действию другого (Rizzolatti G. et al., 1998; Зайцева Ю. С., 2013). Кроме того, зеркальные нейроны обеспечивают подражание не только действиям, но и эмоциям наблюдаемого человека (Рычкова О. В., 2010). Системе зеркальных нейронов отведена роль в обработке информации на ранних стадиях, полученной в рамках социального взаимодействия и связанной с обнаружением пространственных или телесных сигналов. Ментализирующая система активизируется на более поздних стадиях обработки социальной информации и отвечает за определение эмоционального и, в целом, психологического состояния других (Cavieres Á. et al., 2022; Geiger A. et al., 2019; Vogeley K., 2017).

Высказывается точка зрения, что социальное познание базируется не только на функционировании строго очерченного участка головного мозга, но реализуется в результате объемной и сложной сетевой активности (Kimoto S. et al., 2018). Более 30 лет назад впервые было использовано понятие «социальный мозг» (англ.: social brain). Родоначальником концепции выступила Brothers L., которую она представила в своей статье в 1990 году. Социальное познание, по мнению

Brothers L. (1990), включает системы нейронов, локализованные в миндалевидном теле, орбитофронтальной и височной коре, и обеспечивается следующими областями мозга: задняя верхняя височная борозда и височно-теменной узел, миндалевидное тело, височные доли и медиальная префронтальная кора, передняя поясная кора (Brothers L., 1990). Важная роль в социальном поведении отведена миндалевидному телу (Kluver H. et al., 1997; Kimoto S. et al., 2018), являющемуся морфологической основой эмоционального восприятия. Островковые и базальные ганглии представляют собой структуры, ответственные за эмоциональное распознавание, а префронтальная кора и височные доли играют роль в формировании более сложных социальных суждений (Adolphs R., 2009; Grave J. et al., 2017).

В ряде мета-анализов, направленных на изучение распознавания лицевой экспрессии при шизофрении, были получены в определенной степени разнородные результаты. Anticevic A. et al. (2012) отмечали, что миндалевидное тело имело значительно более низкую активацию у пациентов с шизофренией в ответ на аверсивные стимулы (Anticevic A. et al., 2012). Gur R. E. et al. (2002) сообщили о значительном снижении активности в левой миндалине, при этом отмечалась двусторонняя активация гиппокампа при выполнении задания на распознавание различных эмоций по лицевой экспрессии у пациентов с шизофренией (Gur R. E. et al., 2002). Li H. et al. (2010) указывали, что и у пациентов с шизофренией, и у здоровых людей, активировалась миндалина как в правом, так и в левом полушариях и правая веретенообразная извилина (Li H. et al., 2010). Степень активации в этих областях, вместе с тем, была меньшей в группе пациентов с шизофренией. При сравнении степени активации в миндалине, парагиппокампальной извилине, веретенообразной извилине, правой верхней лобной извилине и чечевицеобразном ядре, она (степень активации) была значительно меньшей в группе пациентов. В отличие от здоровых испытуемых, при исследовании в группе пациентов с шизофренией выявлялась активизация левого островка. Высказывается точка зрения, что трудности в обработке информации по лицевой экспрессии могут возникать в результате заметного недоразвития

миндалевидного тела с последующим ограничением активации системы «социального мозга» (Li H. et al., 2010). Watanuki T. et al. (2016) в своем исследовании сделали вывод о более низкой активации правой прецентральной и нижней лобной областей головного мозга у пациентов с шизофренией при выполнении задания на распознавание лицевой экспрессии (Watanuki T. et al., 2016). Исследование Dowd E. C. et al. (2010) показало, что у пациентов с шизофренией активность головного мозга была в значительной степени неизменной, за исключением гипоактивации на положительные стимулы в виде слов, изображений и лиц в вентральном полосатом теле и левой скорлупе (Dowd E. C. et al., 2010). Имеются данные о гиперактивации правой прецентральной извилины с распространением на правую нижнюю лобную извилину, а также о гиперактивации лимбической системы при просмотре лиц с различным эмоциональным состоянием. (Habel U. et al., 2010). Kim D. W. et al. (2015) в своем мета-анализе показали, что во время распознавания лицевой экспрессии отмечалась активация в клиновидной, левой теменной доле, правой прецентральной извилине и левой височной доле, то есть в областях, которые обычно не активируются при выполнении эмоциональных задач (за исключением левой височной доли) (Kim D. W. et al., 2015).

В качестве морфофункциональной основы для ВМСД выделяют медиальную префронтальную кору (mPFC), верхнюю височную борозду (STS), височные полюсы, а также прекунеусные и височно-теменные соединения (TPJ) (Decety J. et al., 2003; Martin A. et al., 2003; Amodio D. M., 2006; Brunet-Gouet E., 2006; Schurz M., 2014). В социальном восприятии и социальном знании также играют роль медиальная префронтальная кора (mPFC) и верхняя височная борозда (STS) (Koenigs M. et al., 2007; Carter C. S., 2009; Kimoto S. et al., 2018)

У пациентов с шизофренией выявлены как структурные, так и функциональные нарушения, связанные с дефицитом ВМСД. Получены данные об уменьшении у пациентов с шизофренией объема серого вещества в вентрально-медиальной префронтальной коре, а также в верхней височной борозде (Hooker C. I. et al., 2011; Koelkebeck K. et al., 2013). Brunet-Gouet E. et al. (2006)

отмечали снижение активности в участках медиальной префронтальной коры (mPFC) и височно-теменного соединения (TPJ). Одновременно с этим выявлена гиперактивация в двустороннем дорсальном отделе височно-теменного соединения, что, возможно, является компенсаторной реакцией, использующей альтернативные стратегии для выполнения задач, и может отражать вовлечение функции внимания и когнитивного контроля (Kronbichler L. et al., 2017). Такая аномальная активация мозговых структур может быть вызвана общими нарушениями коннективности в мозге пациентов с шизофренией (Friston K. et al., 2016). Weng Y. et al. (2022) в своем систематическом обзоре и мета-анализе сделали вывод, что у лиц без шизофрении активируется больше областей мозга, чем у пациентов с шизофренией. Наиболее значимые различия выявляются в нижней теменной и прецентральной извилинах, которые активируются у лиц без шизофрении во время аффективной и когнитивной обработке задач ВМСД, но не активируются у пациентов с шизофренией, что согласуется с данными мета-анализа Kronbichler L. et al. (2017). Таким образом, имеющийся дефицит в указанных областях при шизофрении приводит к нарушению дифференциации событий, при которых необходима обработка социально-значимого стимула (Kronbichler L. et al., 2017). Отсутствие активации нижней теменной извилины у пациентов с шизофренией может указывать на дефицит памяти и исполнительного функционирования (Weng Y. et al., 2022; Hahn V. et al., 2018). В связи с нарушением активации как в сторону снижения, так и гиперактивации структур мозга, у пациентов с шизофренией может нарушаться идентификация намерений и действий других лиц и возникать трудности в дифференциации их от имеющихся на самом деле. Высказывается мнение о связи такой дисфункции с позитивной психопатологической симптоматикой, в частности, галлюцинаторными расстройствами (Brebion G. et al., 2002).

Важным направлением выступает поиск нейронных механизмов атрибуции. В исследованиях разных лет демонстрируется вовлечение височно-теменного соединения (TPJ), прецентральной извилины, прекунеуса и вентральной префронтальной коры (PFC), дорсомедиальной префронтальной коры и

островковой коры в процесс искажения атрибуции (Cabanis M. et al., 2013; Kimoto S. et al., 2018). Phillips M. L. et al. (2003) предположили, что в генезе таких психопатологических феноменов, как ангедония, уплощение аффекта, а также в ошибочной интерпретации нейтральных или неоднозначных стимулов как угрожающих, лежат морфофункциональные аномалии вентральной системы, особенно в миндалевидном теле, передней части островка и вентральном полосатом теле. Также авторы допускали, что это усугубляется нарушением контекстуальной обработки информации и регуляции аффективных состояний, причиной которых выступают нарушения в дорсальной системе, особенно в гиппокампе и дорсальных областях префронтальной коры. Таким образом, нарушением данных систем можно объяснить предвзятое отношение к угрозе, ввиду эмоционального и когнитивного дефицита (Phillips M. L. et al., 2003). Вместе с тем, Underwood R. et al. (2016), ссылаясь на работу Savulich G. (2012), в которой показано искажение процесса атрибуции в сторону угрозы при тревожных расстройствах вне когнитивного дефицита, делают вывод, что предвзятость не возникает из более широкого когнитивного дефицита, наблюдаемого при психозе. Далее авторы, ссылаясь на исследования Howes O. D. et al. (2012, 2014), отметили, что нарушение регуляции дофамина может приводить к искажению процесса атрибуции с интерпретацией поступающих стимулов как угрожающих (Howes O. D. et al., 2012, 2014; Underwood R. et al., 2016).

Широкое распространение исследований морфофункциональных коррелятов социального познания при психических расстройствах, в целом, и при шизофрении, в частности, дает возможность применять полученные данные в диагностике и оценке эффективности проводимой терапии.

1.3. Терапия, направленная на дефицит социального познания

Целью лечения шизофрении является не только купирование или дезактуализация позитивных психопатологических симптомов, но и коррекция функциональной недостаточности и, в итоге, восстановление социального

функционирования. Задачами лечения выступают реабилитация навыков самообслуживания, независимого проживания и способности к труду, а также сохранение/восстановление способности к построению межличностных отношений.

Одним из современных направлений, актуальность которого сложно переоценить, является концепция раннего вмешательства в терапии шизофрении (Усов Г. М., Коломыщев Д. Ю., 2023). Стандартная терапия шизофрении предполагает использование антипсихотических лекарственных средств. Их высокая эффективность распространяется, в основном, на купирование позитивной психопатологической симптоматики и дезорганизованного поведения; эффективность в отношении негативных расстройств и когнитивного дефицита ограничена (Huhn M. et al., 2019). При этом, несмотря на то, что познавательная сфера была в фокусе внимания с момента выделения шизофрении в качестве самостоятельного заболевания либо группы расстройств (Краепелин Е., 1913; Bleuler E., 1911), терапии когнитивных дисфункций стало уделяться особое внимание только последние десятилетия.

Высказывается мнение, что когнитивные нарушения связаны с аномальной активностью ГАМК-нейронов префронтальной коры (Kimoto S. et al., 2018). Активно исследуются так называемые «социальные нейропептиды», которые могут модулировать социальное поведение (Meyer-Lindenberg A. et al., 2011; Kimoto S. et al., 2018).

Заслуживает внимания исследование применения ралоксифена у пациентов с шизофренией. Данный препарат является селективным модулятором эстрогеновых рецепторов первого поколения, действующий как агонист рецепторов в головном мозге и костях и как антагонист в других тканях (Landry M. et al., 2002). Ралоксифен позитивно влияет на внимание, скорость обработки информации и память у пациентов с шизофренией (Weickert T. W. et al., 2015). Препарат значительно увеличивает активацию правого гиппокампа и левой нижней лобной извилины, из чего можно предположить влияние на восстановление нейронной активности при распознавании лицевой экспрессии.

Предполагается потенциальная модифицирующая роль эстрогена у пациентов с шизофренией (Ji E. et al., 2016). Растет интерес к применению окситоцина — гормона, необходимого для социальной активности и для когнитивного функционирования. Интраназальное введение окситоцина, на фоне стандартного лечения антипсихотиками, способствует улучшению социальных и когнитивных функций (Fischer-Shofty M. et al., 2013; Goh K. K. et al., 2021). Ранее Goldman M. et al. (2008) сообщали о наличии связи уровня окситоцина в плазме крови с распознаванием эмоций по лицевой экспрессии (Goldman M. et al. 2008). В систематическом обзоре Bukovskaya O. и Shmukler A. (2015) ссылаются на группу публикаций о связи окситоцина с распознаванием страха (Bukovskaya O. и Shmukler A., 2015; Averbek V. V. et al., 2012; Gibson C. M. et al., 2014; Goldman M. et al., 2011). Имеются данные, указывающие на повышение производительности в задачах на социальное познание (Davis M. C. et al., 2014) и восприятие социальной информации (Brambilla M. et al., 2016). Вместе с тем, механизмы улучшения социального познания на фоне приема окситоцина остаются не до конца изученными, необходимо дальнейшее исследование этого направления биологической терапии социального познания при шизофрении.

Результаты восстановления при шизофрении по-прежнему в ряде случаев нельзя считать удовлетворительными. Это может указывать на необходимость комплексного подхода к лечению, включающему как фармакологическую терапию, так и психотерапию, психосоциальную (включая когнитивную) терапию и реабилитацию (независимо от длительности заболевания) (Кабанов М. М., 1998, 2001; Вид В. Д., Мовина Л. Г., 2005; Бабин С. М., 2006; Ястребов В. С. с соавт., 2008, Уткин А. А., 2009; Лиманкин О. В., 2007; Бурьгина Л. А., 2013; Софронов А. Г. с соавт., 2017; Савельева О. В., Петрова Н. Н., 2017; Лиманкин О. В., Трущелёв С. А., 2019; Незнанов Н. Г. с соавт., 2020; Hogan W. P., Green, M. F., 2019).

Комплексная направленность реабилитации с трендом на формирование партнерской модели взаимодействия с пациентом дополняется социально-

психологической и информационной поддержкой семей, что, в итоге, повышает качество оказываемой помощи (Солохина Т. А., 2003). Активно развивающиеся цифровые технологии в психиатрии, включающие компьютерные программы, виртуальную и дополненную реальность, приложения для смартфонов (в том числе разработанные в рамках программ психосоциальной терапии), занимают свою нишу в составе комплексных терапевтических воздействий, в том числе у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (Неретин Е.С. с соавт., 2022; Иванец Н. Н. с соавт., 2023).

Существует точка зрения, что терапия, основанная исключительно на фармакологическом лечении, не позволяет значимо улучшить социальное функционирование пациентов (Jääskeläinen E. et al., 2012), в то время как специализированные программы терапии социального познания способствуют улучшению точности эмоционального восприятия и социальных навыков при шизофрении (Sachs G. et al., 2012; Combs D. R., 2007; Roberts D. L. et al., 2009).

Kimoto S. et al. (2018) сгруппировали программы психосоциальной терапии в отношении социального познания, согласно трем теоретическим основам. Первая группа была представлена так называемыми «целевыми» программами, направленными на определенную область социального познания: тренинг по улучшению социального познания (англ.: Social Cognition Enhancement Training (SCET), Choi К-Н. и Kwon J-Н., 2006); тренинг распознавания эмоций (англ.: Training of Affect Recognition (TAR), Habel U. et al., 2010); программа инструментального улучшения навыков (англ.: Instrumental Enrichment Program (IEP), Roncone R. et al., 2004); тренинг распознавания эмоций и имитации внутренней модели сознания другого (англ.: Emotion and To Imitation Training (ETIT), Mazza M. et al., 2010); метакогнитивный тренинг (англ.: Metacognitive Training (MCT, MKT), Moritz S. et al., 2007, 2013, 2023).

Вторая группа состояла из программ, которые направлены на все компоненты социального познания, нарушенные при шизофрении: тренинг социального познания и взаимодействия (англ.: Social Cognition and Interaction Training (SCIT), Combs D. R. et al., 2007; Roberts D. L. и Penn D. L., 2009); тренинг

социально-когнитивных навыков (англ.: Social Cognitive Skill Training (SCST), Horan W. P. et al., 2011).

Третья группа включила интегрированные программы, которые являются самым ранним вариантом вмешательства и основаны на идее, что приобретение базовых когнитивных навыков повышает компетентность в отношениях: интегративная психологическая терапия (англ.: Integrated Psychological Therapy (IPT), Roder V. et al., 2011); терапия, направленная на улучшение нейрокогнитивных функций (англ.: Neurocognition Enhancement Therapy (NET), Bell M. D. et al., 2001); терапия, направленная на улучшение когнитивных функций (англ.: Cognitive Enhancement Therapy (CET), Eack S. M. et al., 2009); комплексная нейрокогнитивная терапия (англ.: Integrated Neurocognitive Therapy (INT), Mueller D. R. et al., 2015) (Kimoto S. et al., 2018).

Ниже приведены примеры некоторых программ.

Тренинг распознавания эмоций (англ.: Training of Affect Recognition (TAR) — программа, состоящая из 12 сессий и направленная на коррекцию дефицита распознавания эмоций (Grave J. et al., 2017). Включает в себя три части: а) идентификация и различение черт лица, связанных с основными эмоциями; б) целостный режим обработки информации с учетом первого впечатления, учет невербальной информации и различие интенсивности эмоций; в) интеграция имитирующих выражений в ситуационный контекст. Эффективность TAR доказана в исследовании пациентов с шизофренией при сравнении с программами нейрокогнитивной реабилитации или получающими стандартную терапию (TAU) в отношении распознавания лиц, ВМСД и социальной компетентности и, в целом, социального функционирования (Wölwer W. et al., 2005; Javed A. et al., 2018). В исследовании Drusch K. et al. (2014), также подчеркивается улучшение распознавание лиц пациентов, прошедших TAR (Drusch K. et al., 2014).

Тренинг социального познания и взаимодействия (англ.: Social Cognition and Interaction Training (SCIT)) — программа групповой терапии, направленная на дефицит восприятия эмоций, ВМСД и атрибутивного стиля (Penn D. L. et al., 2007).

SCIT включает в себя три этапа: 1) тренинг эмоций, направленный на устранение нарушений восприятия эмоций; 2) выяснение ситуаций с фокусировкой на атрибутивный стиль и ВМСД; 3) интеграцию, в ходе которой пациенты применяют приобретенные навыки в решении межличностных проблем в повседневной жизни. В отношении результатов SCIT у пациентов с шизофренией имеются противоречивые данные. Так, Taylor R. et al. (2016) продемонстрировали значительное улучшение распознавания эмоций в группе пациентов с шизофренией при сравнении с контрольной группой, получавших стандартную терапию. В другом исследовании, Roberts D. L. et al. (2014), значимого улучшения эмоционального восприятия в группе пациентов получено не было, однако сообщалось об улучшении атрибуции и социального функционирования. Lahera G. et al. (2021) в сравнительном исследовании SCIT и TAR, получили результаты, указывающие на то, что обе программы эффективны в отношении улучшения социального познания и социального функционирования пациентов и являются ценными методами лечения лиц с шизофренией с социально-когнитивным дефицитом. В частности, в обеих программах показано улучшение ВМСД, атрибутивного стиля, клинических симптомов, и этот эффект сохранялся в течение трех месяцев. TAR был более эффективен в сравнении с SCIT в отношении улучшения распознавания лицевой экспрессии, а также характеризовался более низким процентом выбывших из программы (Lahera G. et al., 2021).

1.4. Метакогнитивный тренинг в структуре когнитивной терапии пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

В рамках когнитивно-поведенческого подхода к терапии пациентов с шизофренией существует два направления работы. Одно из них — когнитивно-поведенческая (бихевиоральная) терапия психозов (КБТп) (Morrison A. K., 2018; Agbor C. et al., 2022; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020). В КБТп предметом терапевтической работы являются убеждения пациента в отношении реальности как бредовых, так и не бредовых идей. Можно сказать, что КБТп направлена на

переосмысление дисфункциональных когнитивных оценок, лежащих в основе симптомов шизофрении, и развитие адаптивных способов поведения в дополнение к коррекции неадекватного поведения (Morrison A. K., 2009). Теоретической основой когнитивной модели психических расстройств является гипотеза о том, что психотические симптомы (бред и галлюцинации) возникают в результате когнитивных ошибок. Считается, что жизненное событие, являющееся триггером, запускает у предрасположенной личности механизм искажения когнитивных процессов, что выражается двумя путями: нарушением переноса прошлого опыта на настоящие события и трудностями контроля над намерениями и действиями. В сознание пациента «проникает» неструктурированный поток сенсорной информации и несвязанного материала из памяти, что приводит к возникновению намерений и действий, которые человек воспринимает как чужеродные по происхождению. Особенно подчеркивается, что нарушение когнитивных процессов приводит к аномальным сознательным переживаниям (например, нейтральные действия воспринимаются как преднамеренные, мысли кажутся вложенными, устанавливается причинная связь между двумя несвязанными событиями) (Garety P. A. et al., 2001; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020). Литературные данные указывают на то, что основные черты бреда (такие, как убежденность в бредовой идее, некорректируемость и поспешное принятие решений) не ограничиваются только бредовыми переживаниями, а представляют собой стили мышления, которые проявляются у пациентов и в нейтральных ситуациях. Хотя эти когнитивные искажения связаны с психозом, они рассматриваются когнитивной психологией как расширение нормальных стилей мышления, которые могут быть скорректированы с использованием стандартных психологических подходов (Freeman D., 2007). Таким образом, бредовые идеи, возможно, являются лишь видимой «вершиной айсберга» (Moritz S. et al., 2014).

Второе направление — это работа с метапознанием, которая ориентирована на когнитивные убеждения, лежащие в основе психотических переживаний (Pankowski D. et al., 2016; Moritz S. et al., 2019; Лисакер П. с соавт., 2021). Одной из

важных особенностей метапознания является соответствие субъективного и объективного познания, при этом можно предполагать, что лица с шизофренией имеют трудности в понимании своих предубеждений (Freeman D. et al., 2006; Balzan R. P. et al., 2014; Moritz S. et al., 2016; Moritz S. et al., 2023). Одной из программ, основанных на этом подходе, является метакогнитивный тренинг (МКТ), разработанный Moritz S. и соавт., и в основе которого лежат теоретические представления когнитивно-поведенческой модели шизофрении (Папсуев О. О. с соавт., 2014; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020; Garety P. A. et al., 2001; Moritz S. et al., 2007; Moritz S. et al., 2013; Penney D. et al., 2022).

История разработки метакогнитивного тренинга, связана с посещением Moritz S. в 2001 г. экспериментальной лаборатории Graf P. (Department of Psychology at the University of British Columbia) в Ванкувере (Канада), где он познакомился с Woodward T. S.

Moritz S. и Woodward T.S., а в последующие годы и присоединившиеся к ним Menon M. и Balzan R. P. занялись совместной исследовательской деятельностью. В 2002 году Moritz S. возглавил группу разработчиков когнитивного тренинга. Возникла идея создания программы, которая помогла бы пациентам понять роль когнитивных искажений с целью улучшения их понимания и тем самым снижать интенсивность бредовых расстройств. В последующем авторы тренинга приступили к его подготовке, и в достаточно короткий срок, исчисляемый несколькими неделями, разработали восемь модулей программы, которые сходны с современными материалами метакогнитивного тренинга (Moritz S. et al., 2023).

Метакогнитивный тренинг представляет собой структурированную программу для пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, которая базируется на принципах когнитивной ремедиации в сочетании с тренировкой навыков в условиях повседневной реальности (Moritz S. et al., 2007; Папсуев О. О. с соавт., 2014; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2019).

Целью программы является коррекция специфических когнитивных нарушений при шизофрении, связанных с особенностями восприятия окружающих

и с недостатками в социальном познании, которые могут приводить к ошибочным выводам, заблуждениям и, в итоге, бредообразованию и психотической декомпенсации. В процессе тренинга происходит повышение осведомленности пациентов о когнитивных отклонениях и искажениях, лежащих в основе формирования и поддержания бреда, обогащение и изменение набора стратегий решения проблем и побуждение пациентов к критическому осмыслению последствий когнитивных искажений в повседневной жизни (Moritz S. et al., 2005; Папсуев О. О. с соавт., 2014; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020; Moritz S. et al., 2023). Данная программа сочетает в себе элементы психообразования, когнитивной реабилитации и когнитивно-поведенческой терапии. В рамках проведения тренинга пациентам предъявляются многочисленные когнитивные задачи (например, запоминание деталей на картинке, восстановление рисунка по его части), при этом основное внимание уделяется уменьшению чрезмерной уверенности в ошибках, а не верности выводов. Подобно когнитивной терапии психозов (КБТп), МКТ нацелен на позитивные симптомы, но прежде обращается к когнитивным процессам в целом и тем самым опосредованно направлен на уменьшение симптомов расстройства. Этот подход считается более «мягким» и оптимален для пациентов, которые не могут дистанцироваться от своих «заблуждений», как например, пациенты с преимущественно, параноидными переживаниями (Moritz S. et al., 2006). Кроме того, МКТ также направлен на повышение самооценки и коррекцию депрессивных когнитивных схем, поскольку пациенты с шизофренией имеют сниженную самооценку по сравнению со здоровыми людьми (Moritz S. et al., 2006; Moritz S. et al., 2017).

Таким образом, с точки зрения авторов программы, метакогнитивный тренинг помогает более успешно решать ежедневные задачи в рамках деятельности и социальных взаимоотношений, то есть тренинг направлен на улучшение социального функционирования посредством коррекции нарушений социально-когнитивных функций (Moritz S. et al., 2007; Fekete Z. et al., 2023) наряду с направленностью в отношении редукции позитивных симптомов.

Особенностями организации проведения тренинга, выгодно отличающими его от других программ психосоциальной (включая когнитивную) терапии, можно считать простоту освоения, доступность материалов, расположенных на официальном сайте, возможность проведения тренинга широким кругом специалистов: врачами – психиатрами и психотерапевтами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе и медицинскими сестрами со специальной психиатрической подготовкой, а также концепцией открытых групп, по причине отсутствия жесткой взаимосвязи между модулями программы (Moritz S. et al., 2023).

МКТ проводится в групповом формате, рекомендуемое количество участников в группе — 3–10 человек, продолжительность занятия — 45–60 минут, восемь или 16 занятий в цикле. Также существует индивидуальный формат метакогнитивного тренинга (МКТ+), который, по данным S. Moritz и соавт., особенно эффективен в снижении выраженности продуктивных симптомов, когнитивных искажений, а также в повышении приверженности лечению для пациентов, имеющих противопоказания к участию в группе (Moritz S. et al., 2014; Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020). Атмосфера проведения тренинга должна соответствовать неспешному интерактивному формату. Не требуется стараться рассмотреть и обсудить все имеющиеся примеры практической части модулей. Необходимо выделять во время сессий достаточное количество времени для рассмотрения заданий практической части, побуждать участников к «живому» обсуждению текущей темы. Ведущий тренинга должен стимулировать пациентов к дискуссии, однако в этом стремлении стоит воздерживаться от тона принуждения, позволяя, в итоге, пациентам самостоятельно выбирать степень вовлечения в работу, в рамках сессий, допуская односложные ответы «да», «нет» при постановке вопросов в рамках обсуждения заданий. В целом, ведение тренинга подразумевает непатерналистский, поддерживающий стиль коммуникации. Критические замечания участников по отношению друг к другу не должны поощряться.

1.5. Эффективность «Метакогнитивного тренинга»

В последние два десятилетия как авторами тренинга, так другими исследователями проводилось изучение эффективности МКТ при лечении пациентов с расстройствами шизофренического спектра в отношении влияния на когнитивные искажения и уменьшения выраженности позитивных симптомов. Результаты и выводы отдельных эмпирических исследований, мета-анализов и обзоров довольно противоречивы. Величина влияния МКТ на позитивные симптомы, когнитивные функции, общий уровень психологического, социального и профессионального функционирования у различных исследователей колеблется от незначительной (van Oosterhout B. et al., 2014), средней (Briki M. et al., 2014.), до выраженной (Kumar D. et al., 2010; Zalzala A. et al., 2022). Разница в величине эффекта объясняется различиями в дизайне исследований, а также в критериях включения и исключения.

В 2014 году Moritz S. et al. представили обзор эмпирических исследований, посвященных применению МКТ при психозах. После пилотного исследования, проведенного авторами тренинга, в нескольких последующих работах была подтверждена безопасность и применимость МКТ. Все исследования, в которых оценивалось отношение пациентов к тренингу (с помощью опросника из 10 пунктов), показали, что МКТ хорошо воспринимается пациентами (Aghotor J. et al., 2010; Balzan R. P. et al., 2014). Три четверти пациентов оценивали тренинг как «интересный». Также большинство участников высказались, что порекомендовали бы его другим пациентам с диагнозом шизофрения. Авторы подчеркивают, что, несмотря на то, что удовольствие и субъективная выгода являются вторичными параметрами результата, они играют важную роль ввиду частого «выпадения» из программы лечения, недостаточной мотивации и аффективного «уплощения» в данной группе пациентов. Также авторы обращают внимание на ограничения, связанные с тем, что не все пациенты с шизофренией обладают одинаковым профилем когнитивных искажений, поэтому не все модули МКТ несут одинаковую пользу для пациентов.

Что касается влияния МКТ на выраженность бреда и других позитивных симптомов, результаты оказались следующими: контролируемые исследования показали величину изменений от малой и средней до значительной. Кроме того, неконтролируемые исследования выявили существенное влияние на позитивные симптомы (Favrod J. et al., 2011). Среди факторов, влияющих на разницу в величине эффекта, авторы выделяют различия в методиках оценки. Так, в некоторых исследованиях (Moritz S. et al., 2013) шкала оценки психотических симптомов (PSYRATS) была более чувствительной, чем PANSS, в других — было верно обратное (Briki M. et al., 2014). По мнению авторов, эти расхождения могут быть связаны с тонкими различиями между двумя рейтинговыми шкалами, а также с желанием пациентов диссимулировать симптомы из-за недостатка доверия или понимания. В большинстве исследований был обнаружен низкий или умеренный эффект МКТ в отношении уменьшения частоты «преждевременных выводов» (Moritz S. et al., 2014). Положительное влияние МКТ подтверждалось и в отношении критики (инсайта) (Lopez-Morinigo J.-D. et al., 2020; Sauv  G. et al., 2020).

Pankowski D. et al. (2016) проанализировали 14 исследований, опубликованных с 2009 по 2015 годы (11 рандомизированных контролируемых и три нерандомизированных контролируемых исследования) и показали удовлетворительную эффективность МКТ в отношении позитивных симптомов (Pankowski D. et al., 2016). Примечательно, что выявленный эффект сохранялся не менее полугода после участия в тренинге. Одно из рассматриваемых исследований продемонстрировало устойчивое улучшение после трехлетнего периода наблюдения (Moritz S. et al., 2007). Наилучший результат был показан в отношении бреда и вызванного им дистресса. Отсроченная эффективность МКТ подтверждается также данными Sauv  G. et al. (2020).

Некоторые исследования продемонстрировали уменьшение тяжести галлюцинаторных расстройств (Briki M. et al., 2014.), однако величина эффекта в отношении данной категории расстройств была меньше (на уровне тенденции).

Авторы обзора предположили, что разница в выраженности влияния соотносится с тем, что вмешательства МКТ направлены, в первую очередь, на когнитивные искажения, связанные с бредом (например, преждевременные выводы), а не с нарушениями восприятия. Не все полученные результаты были статистически значимыми, несмотря на то, что во всех исследованиях отмечался хотя бы небольшой положительный эффект.

Balzan R. P. et al. (2019), в том числе на основании данных исследования van Oosterhout B. et al. 2014, рекомендовали лиц с тяжелыми формами бреда не включать в групповой формат проведения тренинга, а проводить с ними работу в индивидуальном формате (МКТ+) (Balzan R. P. et al., 2019). Эта рекомендация была продиктована тем, что пациенты в рамках сессий тренинга не желали участвовать в дискуссиях, а также тем, что у пациентов выявлялись значительные нарушения мышления, проявления враждебности и антисоциальное поведение.

Мета-анализ van Oosterhout B. et al. (2016) был направлен на изучение влияния МКТ на позитивные симптомы (9 исследований, 436 участников), бред (7 исследований, 500 участников) и когнитивные искажения (3 исследования, 219 участников) (van Oosterhout B. et al., 2016). Данный мета-анализ имел строгие критерии включения, и, несмотря на уменьшение симптомов в основной и контрольной группах и улучшение состояния в целом, авторы указывают, что улучшение в экспериментальной группе нельзя отнести только к влиянию МКТ. На результаты данного мета-анализа большое влияние оказало проведенное собственное исследование авторов, не обнаружившее эффект МКТ у пациентов с более тяжелым бредом при сопоставлении с контрольной группой (van Oosterhout B. et al., 2014; Moritz S. et al., 2023).

Eichner C. и Berna F. (2016) в мета-анализе, посвященном эффективности метакогнитивного тренинга у пациентов с шизофренией, выступили с критикой мета-анализа van Oosterhout B. et al. (2016). В качестве аргумента авторы приводят недостатки данного исследования, особенно в отношении избирательного исключения исследований с положительным эффектом. По их мнению, van Oosterhout B. et al. (2016) не включили в свой мета-анализ три исследования с

положительными результатами ввиду использования чрезмерно консервативных критериев исключения, что повлияло на результат при рассмотрении небольшого числа доступных исследований. Таким образом, были исключены два исследования, в которых были недоступны значения пре- и пост-тестирования, несмотря на то, что были приведены данные о различии показателей до и после, и существуют статистические методы для определения величины эффекта в таких случаях. Одно исследование было исключено из-за того, что в нем были представлены результаты по отдельным подшкалам, а не по общему баллу шкалы, хотя полные данные были доступны при обращении к авторам исследования.

Eichner С. и Berna F. (2016) представили результаты собственного мета-анализа, в котором выявлено положительное влияние МКТ на позитивные симптомы с малыми и средними значениями величины эффекта (Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020). Аналогичные данные были приведены в ранее осуществленном систематическом обзоре Jiang J. et al. (2015), включающем четыре исследования (Jiang J. et al., 2015).

В систематическом обзоре и метаанализе, которые были посвящены эффективности различных метакогнитивных вмешательств при психических расстройствах у взрослых: метакогнитивному тренингу (МКТ) (Moritz S. и Woodward T., 2007), метакогнитивной терапии (Wells и Matthews, 1994) и метакогнитивной и инсайттерапии (англ.: Metacognition Reflection and Insight Therapy, MERIT (Lysaker & Klion, 2017)), продемонстрирована эффективность МКТ в коррекции когнитивных нарушений у пациентов с шизофренией, наряду с улучшением в отношении позитивных симптомов в дополнение к стандартному лечению. Авторы также представили результаты, демонстрирующие преимущества МКТ в уменьшении тяжести симптомов у пациентов с шизофренией по сравнению с контрольными группами (Philipp R. et al., 2019).

Опубликованный Penney D. et al. (2022) мета-анализ 43 исследований МКТ, проведенных с 2007 по июнь 2021 год у пациентов с расстройством шизофренического спектра, подтвердили влияние МКТ на уменьшение бреда, галлюцинаций и когнитивных искажений, а также положительные отсроченные, но

менее выраженные эффекты на негативные симптомы, улучшение самооценки и функционирования.

Представленные Fekete Z. et al. (2022, 2023) результаты исследования метакогнитивного тренинга с акцентом на изучение наряду с позитивной симптоматикой нейрокогнитивного и социально-когнитивного функционирования пациентов с шизофренией, выявили уменьшение тяжести симптомов при шизофрении, а также улучшение зрительно-пространственных функций и ВМСД (Fekete Z. et al., 2022, 2023). В более раннем рандомизированном контролируемом исследовании эффективности МКТ у пациентов с непродолжительным периодом течения психотического расстройства, также получены результаты, свидетельствующие об улучшении функционирования ВМСД и уменьшение поспешных выводов (Ochoa S., 2017).

Исследование МКТ относительно влияния на социально-когнитивное функционирование, проведенное Zonp Z. et al. (2021), продемонстрировало улучшение в доменах внутренней модели сознания другого и атрибуции (Zonp Z. et al., 2021).

Влиянию МКТ на социальное познание пациентов с расстройствами шизофренического спектра посвящен мета-анализ Hotte-Meunier A., et al., (2023) с «охватом» публикаций с 2007 г. по 1 февраля 2022 г. Результаты данного метаанализа свидетельствуют о том, что МКТ оказывает влияние на социальное познание лиц с расстройствами шизофренического спектра, и подтвердили результаты других метаанализов в отношении влияния тренинга на клинически значимые результаты, такие как позитивная симптоматика, когнитивные искажения и когнитивный инсайт (Hotte-Meunier A., et al., 2023).

Swanson L. et al. (2023) опубликовали результаты многоцентрового пилотного исследования модифицированной программы МКТ (МСТ-N), фокус которой направлен на негативную симптоматику пациентов с ярко выраженными негативными расстройствами. Исследование показало эффективность в отношении негативных симптомов, что частично объяснялось уменьшением депрессивных проявлений, стигматизации и «рефлексивного функционирования» (способность

человека понимать самого себя и других людей в отношении психических состояний, включающих чувства, желания, мечты, цели и мнения) (Swanson L. et al., 2023).

Исследования МКТ последних лет посвящены 10-модульной версии, в которой имеются дополнительные модули по самооценке и стигматизации, что связано с потенциально возможным влиянием сниженного настроения и самооценки на поддержание психотических расстройств (Moritz S. et al., 2017). Уже имеются данные об эффективности расширенной версии МКТ в отношении позитивных и негативных симптомов и качества жизни, но пока требует продолжения исследований нерешенный вопрос о роли дополнительных модулей в отношении эффективности МКТ (Chen Q. et al., 2021; Moritz S. et al., 2023), наряду с исследованиями, посвященными оценке эффективности дистанционного формата проведения МКТ посредством видеоконференций (Mendelson D. et al., 2022).

Перспективным направлением является оценка деятельности головного мозга в условиях проведения МКТ. Появляются новые данные, в частности, с использованием в динамике фМРТ (Shan X. et al., 2021). Полученные результаты сравнительного исследования группы пациентов, которые наряду с терапией оланзапином участвовали в метакогнитивном тренинге и группы с терапией только оланзапином, продемонстрировали положительное влияние МКТ на регионарную активность головного мозга, в частности: в зоне в правого предклинья, левой верхней медиальной префронтальной коре, правой парагиппокампулярной извилины и прямой извилине слева (Shan X. et al., 2021). Данное исследование служит важным шагом в изучении биологических механизмов метакогнитивного тренинга, и психосоциальной (включая когнитивную) терапии, в целом.

Таким образом, анализ литературных источников демонстрирует неоднозначность полученных при исследовании метакогнитивного тренинга данных, наличие не до конца решенных вопросов, касающихся его влияния, особенно на социально-когнитивное функционирование пациентов (в доменах атрибутивного стиля, социального знания, распознавания эмоций по лицевой экспрессии), что свидетельствует о целесообразности дальнейшего изучения

тренинга у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Требуется уточнение степени влияния тренинга на домены социального познания, а также разработка дифференцированных показаний для участия в тренинге, с учетом социально-когнитивного статуса данной категории пациентов.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее открытое проспективное исследование было выполнено на базе отделения расстройств психотического спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России) и Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ») в период с 2016 по 2022 гг. и включало в себя несколько этапов.

На первом этапе был разработан дизайн, согласованы практические аспекты проведения исследования, разработана и утверждена форма добровольного информированного согласия на участие в исследовании, утверждена тема диссертационной работы. Второй этап исследования был посвящен обследованию пациентов, формированию основной и контрольной групп, проведению метакогнитивного тренинга. На третьем этапе осуществлялся анализ и систематизация полученных данных, оформление текста диссертации.

2.1. Общая характеристика материала

Набор материала проводился методом сплошной выборки среди пациентов дневного стационара ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина» ДЗМ. С учетом критериев включения и исключения, процедуру скрининга прошли 120 пациентов с диагнозом: параноидная форма шизофрении (F20.0) и шизоаффективное расстройство (F25) в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

В итоге, в исследование были включены пациенты, клиническая картина заболевания которых соответствовала критериям включения/исключения — суммарно 85 человек.

Критерии включения в исследование:

1. Возраст от 18 до 50 лет.
2. Уровень образования — не менее оконченого основного общего образования (девять классов средней школы).
3. Состояние вне острого психоза, общий балл по шкале позитивной и негативной симптоматики PANSS ≤ 80 (допускалось наличие негрубой подострой или резидуальной симптоматики, не определяющей поведение пациента).
4. Отсутствие депрессии умеренной и тяжелой степени тяжести.
5. Оформление добровольного информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения:

1. Признаки обострения психического состояния (суммарный балл по шкале PANSS > 80).
2. Наличие депрессии умеренной и тяжелой степени тяжести.
3. Диагноз органического заболевания головного мозга.
4. Наличие синдрома зависимости от алкоголя, психоактивных веществ или патологический гемблинг.
5. Наличие острого соматического заболевания или декомпенсация хронического соматического заболевания.

Всем пациентам, удовлетворившим критериям включения в исследование, предлагалось оформить добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Форма информированного согласия утверждена в рамках заседания Локального этического комитета 11 октября 2016 г. при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.

В соответствии с дизайном исследования пациенты, давшие согласие на

участие в МКТ, были направлены в основную группу, в случае прохождения ими не менее пяти занятий. Остальные пациенты, не давшие согласие на прохождение тренинга, были включены в контрольную группу. Пациенты основной группы участвовали в программе метакогнитивного тренинга, пациенты контрольной группы не участвовали как в МКТ, так и в других тренингах или структурированных модулях психосоциальной терапии. При этом пациенты обеих групп получали стандартную фармакологическую терапию.

Для определения количества пациентов основной и контрольной групп, необходимого для проведения исследования, осуществлялся расчет размера выборки при помощи пакета программ Statistica for Windows 10.0. Согласно расчету необходимое количество пациентов составило 43 человека.

2.2. Методы обследования

В исследовании были использованы клинико-психопатологический, психометрический, клинико-социальный, катамнестический, статистические методы, а также проводилась оценка социально-когнитивных функций, выраженности апатии, личностного и социального функционирования.

2.2.1. Клинико-психопатологическое обследование

Клинико-психопатологическое обследование проводилось в отношении всех участников основной и контрольной групп и включало в себя сбор жалоб, субъективных и объективных анамнестических сведений, оценку психического состояния с определением основных психопатологических симптомов, ведущего синдрома, анализ медицинской документации, оценку неврологического и соматического статуса². Всем участникам был установлен диагноз в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, адаптированной для использования

² Шизофрения. Клинические рекомендации / Российское общество психиатров. – Москва, 2019. – 133 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/451_2.

в Российской Федерации.

В исследовании использовались следующие психометрические шкалы:

1. Шкала позитивной и негативной симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) (Kay S. R. et al., 1987; Мосолов С. Н., 2001). Шкала применяется в исследовательской и практической деятельности, имеет международное признание, является валидным, стандартизированным, надежным психометрическим инструментом. Шкала позитивной и негативной симптоматики используется для оценки выраженности позитивных, негативных и общепсихопатологических симптомов шизофрении, что отражает тяжесть имеющегося расстройства. Итоговые оценки по PANSS представляют собой сумму баллов по субшкалам позитивной симптоматики, негативной симптоматики и общепсихопатологической симптоматики. Шкала позитивной и негативной симптоматики использовалась для количественной оценки выраженности психопатологической симптоматики у пациентов обеих групп при первом и повторном обследовании.

2. Шкала депрессии при шизофрении Калгари (Calgary Depression Scale for Schizophrenia — CDSS) (Addington D. et al., 1990), которая была разработана для оценки выраженности депрессии у больных шизофренией вне зависимости от этиологии депрессивных расстройств и стадии заболевания. Шкала представлена девятью пунктами, восемь из которых содержат прямой вопрос о степени выраженности (0 – отсутствует, 1 – легкая, 2 – средняя, 3 – тяжелая) депрессии, безнадежности, самоуничтожения, идей самообвинения, патологического чувства вины, утренней депрессии, ранних пробуждений, суицидальных мыслей и действий за последние две недели. Существует также возможность постановки уточняющих вопросов в свободной форме. Последний, девятый пункт, оценивается на основании наблюдения за поведением пациента во время проведения структурированного интервью. Каждый пункт оценивается от нуля до трех баллов, общая оценка по шкале CDSS равна сумме всех баллов (соответствующих степени тяжести) по пунктам. Уже шесть баллов по шкале CDSS являются признаком депрессивного расстройства с вероятностью 82% и специфичностью 85%.

3. Шкала оценки апатии (Apathy Evaluation Scale — AES) (Marin R. S., 1991; Миняйчева М. В. с соавт., 2018). Шкала разработана на основе подхода к апатии как к первичному нейропсихиатрическому синдрому снижения мотивации, который не связан с эмоциональным дистрессом, когнитивным дефицитом или изменением уровня сознания. С ее помощью оцениваются поведенческие (целенаправленное поведение, понижение работоспособности, отсутствие инициативности), когнитивные (утрата интересов, целеполагания и ценностей) и эмоциональные аспекты апатии (снижение эмоциональной экспрессии, безразличие). Шкала AES представлена в трех версиях: самоопросник для пациента (AES-S), опросник для информанта пациента (роль которого чаще всего выполняет один из родителей или супруг(а)) (AES-I), а также опросник для клинициста (AES-C), который заполняет врач или другой специалист после проведения полуструктурированного интервью. Каждая из версий включает в себя 18 утверждений, которые необходимо оценить в диапазоне от одного до четырех баллов (1 – совсем не верно; 2 – скорее неверно; 3 – скорее верно; 4 – определенно верно), опираясь на данные о самочувствии пациента и его поведении за последний месяц. Несмотря на то, что версия AES-C заполняется специалистом, необходимо основываться на количестве признаков или самооценке пациента, его эмоциональной вовлеченности при ответе на тот или иной вопрос. Все пункты шкалы имеют особые критерии оценки (применимо только для версии AES-C) как количественные, так и качественные, которые в итоге перекодируются и суммируются. Пороговые баллы AES располагаются в промежутке от 18 до 72. При проведении данного исследования использовались две версии шкалы: шкала для оценки пациента клиницистом (AES-C) и самоопросник для пациента (AES-S).

2.2.2. Клинико-социальное обследование

С помощью специально разработанной карты с паспортной частью было проведено изучение социально-демографических характеристик (пол, возраст, образование, профессиональный статус на момент обследования, трудовой стаж,

семейное положение, установление группы инвалидности) пациентов, включенных в исследование.

Для оценки социального функционирования пациентов в основной и контрольной группах использовалась шкала личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance — PSP) (Morosini P. L. et al., 2000). Шкала PSP является валидным, эффективным инструментом, направленным на оценку бытового и социального функционирования индивидуума, которая осуществляется в процессе проведения полуструктурированного интервью. С помощью PSP оценивается степень трудностей, с которыми сталкивался пациент за прошедший месяц в четырех областях функционирования: а) социально полезная деятельность, включая работу и учебу; б) отношения с близкими и другие социальные отношения; в) самообслуживание и г) беспокоящее (то есть нарушающее спокойствие окружающих) и агрессивное поведение. Оценка производится по 100 – балльной шкале, разделенной на 10 равных интервалов, где каждый интервал соответствует определенной степени трудностей в социальном функционировании. В диапазоне от 71 до 100 баллов можно говорить о том, что у пациента имеются небольшие затруднения, от 31 до 70 баллов — более серьезные затруднения различной степени выраженности. Суммарная оценка по PSP от 1 до 30 баллов свидетельствует о том, что трудности личностного и социального функционирования настолько выражены, что встает вопрос о необходимости постоянного стороннего контроля.

2.2.3. Исследование социально-когнитивных функций

1. Методика «Понимание намека» (Hinting Task — НТ (Corcoran R., 1995)) оценивает функционирование внутренней модели сознания другого (ВМСД, Theory of mind). Пациент после прослушивания 10 кратких историй (виньеток) должен в каждом случае составить умозаключение о намерениях главного героя. Смысл методики состоит в правильном понимании намерений героя пациентом, который мысленно представляет себя на месте героя истории. Виньетки

моделируют социальную ситуацию, в которой необходимо определить контекст. В случае правильного ответа за каждую ситуацию пациенты получают два балла, если правильный ответ дается после уточняющего вопроса выставляется один балл, и ноль баллов в случае неверного ответа либо его отсутствия. Максимальное количество баллов при оценке данной методикой равно 20. Длительность проведения методики около 10 минут, она проста в выполнении и интерпретации результатов, что позволяет отнести ее к скрининговым инструментам оценки социального познания (Corcoran R., 1995; Гарах Ж. В. с соавт., 2017; Папсуев О. О. с соавт., 2022).

2. Тест на распознавание эмоций «Лица Экмана» (The Ekman 60 Faces Test — EK-60F) (Ekman P. et al., 1976). Методика направлена на оценку способности личности распознавать эмоции другого человека. Тест «Лица Экмана» представляет собой компьютерную программу, где демонстрируется 60 фотографий, на которых изображены актеры с мимическими проявлениями шести базовых эмоций (по 10 фотографий на каждую): удивление, печаль, счастье, страх, презрение, гнев. После просмотра фотографии пациенту необходимо выбрать вариант ответа, затем предоставляется очередная фотография с изображением той или иной эмоции. По завершении просмотра всех 60 фотографий формируется бланк результата прохождения теста, который содержит количество верных ответов при распознавании каждой эмоции, общее количество верных ответов и время, затраченное на оценку фотографий с распределением по группам эмоций.

3. Методика «Отношения между доменами, сокращенная версия» (Relationships Across Domains, abbreviated version — RAD-15) (Sergi M. et al., 2004). С помощью данной методики оценивается социальная компетентность пациентов, то есть способность правильно воспринимать ту или иную социальную ситуацию. Методика состоит из 15 коротких историй (виньеток), в которых описываются отношения мужчины и женщины, после чего задается три вопроса с вариантами ответа: «да» и «нет». Во время прочтения истории пациенту необходимо понять, в каких отношениях состоят герои, и ответить на основании своего умозаключения на последующие вопросы. Каждый правильный ответ оценивается в один балл,

сумма баллов может находиться в диапазоне от нуля до 45.

4. Шкала «Неоднозначные враждебные намерения» (Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire — AIHQ) (Combs D. R. et al., 2007). Данная шкала предназначена для оценки атрибутивного стиля и зарекомендовала себя в качестве адекватного инструмента исследования для пациентов с шизофренией, в том числе для оценки риска агрессии (Хмара Н. В. и Скугаревский О. А., 2021). Этот инструмент состоит из 15 кратких историй (виньеток), которые содержат ситуации трех видов: неоднозначные, когда возможна двойная трактовка; преднамеренные и случайные. После каждой виньетки пациент отвечает на три вопроса о намерениях героя, его виновности и «выраженности собственной злости», а также отвечает на два открытых вопроса об интерпретации мотивов героя и о том, как он отреагировал бы на ситуацию. Врач — исследователь производит дальнейшую интерпретацию ответов на открытые вопросы. Каждый пациент, в итоге, получает пять оценок:

1 — оценка враждебности намерения, которое описано в виньетке, на основании письменного ответа пациента (по шкале от одного до пяти баллов);

2 — оценка пациентом целенаправленности действия другого (преднамеренность/умышленность — от одного до шести баллов);

3 — оценка того, насколько описанная в виньетках ситуация разозлила пациента (от одного до шести баллов);

4 — оценка обвинения другого человека (от одного до шести баллов);

5 — оценка агрессивных намерений, на основании описания своего варианта поведения в ситуациях, предложенных в виньетках.

Выраженность враждебных намерений описывается в виде «индекса враждебности (враждебных намерений)» (ВН, в баллах) для каждого вида ситуаций (соответствует выставленной врачом — специалистом оценке): ВНн — баллы враждебных намерений в неоднозначных ситуациях; ВНс — баллы враждебных намерений в случайных ситуациях; ВНп — в ситуациях преднамеренных. По аналогии с индексом враждебности формируется «индекс агрессивных

намерений» (АН), который в зависимости от вида ситуации, отраженной в виньетке, обозначается как: АНн, АНс, АНп. Ответы пациентов на вопросы о намерениях героя, оцениваемые по шестибальной шкале, описываются в качестве баллов за «преднамеренность» (БПн, БПс и БПп); «злость» (БЗн, БЗс, БЗп) и «обвинение» (БОн, БОс, БОп). В дальнейшем баллы ответов пациентов рассчитываются по формуле с получением индекса обвинения ($АИ\mathcal{N}Q_{(вид\ ситуации)} = (БП+БЗ+БО)/3$) для разных видов ситуаций ($АИ\mathcal{N}Q_n, АИ\mathcal{N}Q_c, АИ\mathcal{N}Q_p$).

Шкала АИ \mathcal{N} Q позволяет получить данные, касающиеся параметров атрибутивного стиля, и является ценным инструментом психометрической оценки пациентов с шизофренией и близким к ней расстройствам (Хмара Н. В. и Скугаревский О. А., 2021).

Представленные выше методы исследования применялись как в основной, так и в контрольной группе обследуемых пациентов дважды. Первое обследование проводилось после оформления письменного информированного согласия на участие в исследовании. Далее пациенты включались в основную или контрольную группы. Повторное обследование в основной группе проводилось после окончания программы метакогнитивного тренинга, а также при возможном досрочном завершении участия (прохождение не менее пяти модулей программы). Пациенты контрольной группы проходили повторное обследование через равный основной группе временной интервал, который соответствовал одному месяцу (30 дней). В общей сложности оценочный инструментарий, применявшийся на разных этапах исследования, включал девять шкал и опросников.

2.3. Статистические методы

Статистический анализ осуществлялся при помощи пакетов компьютерных программ Statistica for Windows 10.0, IBM SPSS Statistics 26 и Excel 2010 (14) — Microsoft Office 2010. Инструментами анализа данных явились: расчет размера выборки, проверка нормальности распределения количественных данных с помощью критерия согласия Колмогорова-Смирнова и критерия Шапиро-Уилка,

с построением гистограмм распределения. Производилось вычисление средних значений (M , средн.), стандартного отклонения (SD , CO), медиан (Me). Анализ различий категориальных величин в сопоставляемых группах осуществлялся при помощи критерия согласия Пирсона (критерий согласия χ^2). Для сравнения двух пропорций (долей) использовался Z -критерий. При анализе количественных данных в независимых выборках применялся U -критерий Манна-Уитни в случаях распределения переменных, не отвечающих закону нормального распределения (распределения Гаусса), либо при невозможности использования параметрических методов статистики в связи с показателями критерия равенства дисперсий Ливеня менее 0,05. Сопоставление количественных показателей в группах сравнения производилось с использованием t -критерия Стьюдента (t -тест) для независимых выборок при условии нормального распределения. Для оценки значимости различий средних величин в динамике в связанных выборках до и после вмешательства использовался критерий знаковых рангов Вилкоксона при условии распределения, отличного от нормального и t -критерий Стьюдента для парных выборок при нормальном распределении переменных. Отношения между категориальными величинами исследовались с использованием таблиц сопряженности. Для изучения взаимосвязи между двумя и более величинами использовался линейный коэффициент корреляции (коэффициент корреляции Пирсона (r) для оценки взаимосвязей непрерывных (континуальных) параметрических переменных и коэффициент ранговой корреляции Спирмена (метод Спирмена, r) для непараметрических ранговых (или полуинтервальных величин). В настоящем исследовании статистически значимым уровнем считалась вероятность случайного различия между величинами менее или равная 5% ($p \leq 0,05$).

2.4. Характеристика программы «Метакогнитивный тренинг»

Представленное исследование МКТ посвящено восьмимодульной версии программы, которая получила повсеместное распространение. Эффективность данной версии тренинга подтверждается рядом публикаций зарубежных авторов. В то же время МКТ недостаточно исследован на русскоязычной выборке пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством в настоящее время.

В рамках настоящего исследования МКТ проводился врачом — исследователем в групповом формате, количество участников в группе составляло от шести до 10 (в среднем восемь участников), продолжительность занятия — 45–60 минут, количество занятий в цикле — восемь, что было продиктовано периодом времени лечения пациентов в условиях дневного стационара. Для проведения тренинга использовались восемь презентаций, демонстрируемых на экране, которые соответствовали восьми модулям программы³; руководство для проведения тренинга; шесть наборов раздаточных материалов с заданиями для самостоятельной работы, одна желтая и одна красная карточки для каждого пациента, кабинет с достаточным количеством стульев, персональный компьютер, мультимедиа-проектор и проекционный экран.

Тренинг начинался со знакомства с участниками группы и обсуждения правил поведения при его проведении. Занятия состояли из теоретической и практической частей. В теоретической части пациенты знакомились с темами модулей тренинга, посвященные атрибутивному стилю, поспешным выводам, внутренней модели сознания другого, схемам депрессивного мышления. Практическая часть включала представление специально разработанных упражнений, включающих задания для самостоятельной подготовки с раздаточными материалами.

³Актуальная русскоязычная версия МКТ доступна по ссылке: <https://clinical-neuropsychology.de/mct-psychosis-manual-russian/>.

Целью занятий было повышение осведомленности пациентов о нарушениях, возникающих при шизофрении, побуждение их к критическому осмыслению, дополнению и видоизменению привычного стиля поведения.

В конце первого занятия пациенты получали желтую и красную карточки и инструкцию по их применению. Содержание желтой карточки сводилось к постановке трех основных вопросов, которые каждый пациент должен был задать себе в сложной жизненной ситуации (когда испытывал, например, чувство обиды). Примеры вопросов: «Какие доказательства того, что меня хотели обидеть?»; «Существует ли другая возможная точка зрения в отношении данной ситуации?»; «Возможно ли, что я взволнован чрезмерно?». Представленные примеры вопросов направлены на побуждение пациентов «посмотреть» иначе на ситуацию и найти объективные данные перед тем, как сделать выводы. Красная карточка нужна в неотложных ситуациях. Пациентам предлагалось выписать на нее телефоны конкретных людей и организаций, с которыми можно связаться, если нужна помощь (телефоны близких родственников, партнеров, службы неотложной психиатрической помощи). Для того, чтобы подчеркнуть актуальность тренинга для пациентов и обеспечить пролонгированный эффект в отношении улучшения социального познания, в каждом модуле тренинга делался акцент на связь когнитивных искажений с формированием и поддержанием психотических переживаний, что сопровождалось доступными «жизненными» примерами (Папсуев О. О. с соавт., 2014, 2016).

Ниже приводится описание модулей МКТ.

Модуль 1. Атрибутивный стиль.

В процессе изучения видов атрибутивного стиля ведущий обращал внимание участников на неверную оценку объективных сведений или их игнорирование в рамках конкретной ситуации, что приводило к негативным социальным последствиям (конфликты или, наоборот, безосновательное самообвинение). Участникам затем предлагалось сформулировать объективные пояснения для каждой представленной в презентации ситуации. Во второй части модуля

участникам необходимо было предположить причины кратко описанных историй, например, «Почему, когда ты вошел в комнату, где происходило обсуждение, все перестали вдруг вести диалог?» или «Почему кто-то пригласил тебя на ужин?». Ситуационные и личностные факторы также должны быть приняты во внимание. В данном модуле целью является предостережение от поспешных выводов и рассмотрение альтернативных вариантов причин возникновения представленной ситуации. Важно стараться при обсуждении практических заданий изменить актуальные дисфункциональные атрибутивные модели пациентов (например, «Я всегда виноват», «Причины всех проблем в поведении других» и так далее).

Модули 2 и 7. Поспешные (преждевременные) выводы.

Занятие начиналось с обсуждения того, какие выводы можно считать поспешными. Далее рассматривались ситуации, в которых принятие решения требовало объективной оценки (принципиальные жизненные решения) в противовес ситуациям, когда было необходимо быстрое принятие решения в ущерб длительной оценке объективных данных (например, экстремальные ситуации). Рассматривался риск и негативные последствия поспешных выводов, что иллюстрировалось «жизненными» примерами (неверный диагноз и другие). Участникам группы предлагалось рассказать о своем личном опыте, например, поспешные выводы в период эскалации психотических расстройств. Объем и уместность личных примеров регулировалась как самим пациентом, так и ведущим группы.

Модуль 3. Изменение убеждения.

Данный модуль направлен на осознание взаимосвязи между необъективностью первых впечатлений, ошибочными умозаключениями и соответствующим поведением. Подчеркивалась необходимость учета новой информации и сохранение или изменение в прошлом сформулированных выводов. Примеры, предложенные в презентации, иллюстрировали часто встречающиеся ошибки, которые возникали, когда игнорировались источники информации

(ограничение источников получения информации, ригидность социальных и иных установок, предубеждения), не соответствующие уже сложившимся выводам по тому или иному вопросу. Ведущий делал акцент на том, что пациенты с психическими расстройствами склонны принимать решения при небольшом количестве информации и неохотно изменяют свою позицию при получении новых сведений.

Модули 4 и 6. Внутренняя модель сознания другого.

Пациенты в доступной форме познакомились с понятием внутренней модели сознания другого. Подчеркивалась связь расстройств шизофренического спектра с дефицитом ВМСД. В практических заданиях участникам предлагалось понять намерения изображенных героев, рассматривались различные контекстные задачи с их последующим обсуждением. Как и в предшествующих модулях подчеркивалась необходимость наиболее полной оценки информации.

Модуль 5. Достоверность воспоминаний.

На занятии участникам предоставлялась информация о ложных воспоминаниях, о том, что такие ошибки возможны, особенно в случаях, когда «воспоминания» не отличались «живостью», отчетливостью. Для исключения/минимизации ложных воспоминаний предлагалось получать больше объективных сведений о том или ином факте, особенно если это касается важных ситуаций в межличностных отношениях, которые могут повлечь негативные последствия (конфликт). Практические задания содержали примеры ложных воспоминаний, задания, иллюстрирующие «ошибки» памяти. В конце занятия, как и при рассмотрении других модулей, пациенты получали задания для самостоятельной работы.

Модуль 8. Самооценка и настроение.

В основе занятия лежит обсуждение понятия дисфункциональных стилей мышления и их коррекция. Иллюстрировалась связь описанных искажений

мыслительного процесса с развитием и поддержанием идей самоуничужения и депрессивного состояния в целом. После рассмотрения теоретических основ пациентам предлагалось обсудить практические задания, направленные на коррекцию дисфункциональных мыслей. Данный модуль был завершающим в программе «Метакогнитивный тренинг». В конце занятия пациенты делились впечатлениями о тренинге, обсуждали возникшие в процессе работы вопросы, субъективно оценивали пользу от участия в программе.

В процессе МКТ обсуждаются конкретные когнитивные искажения, их влияние на развитие психотических симптомов и социальное функционирование. Каждое занятие посвящено определенной теме и состоит из теоретической части, в которой пациенты знакомятся, например, со стилями атрибуции, поспешными выводами, внутренней моделью сознания другого, депрессивными схемами, и практической, в которой представлены специально разработанные упражнения (Moritz S. et al., 2005). Для того, чтобы подчеркнуть актуальность тренинга для пациентов и обеспечить пролонгированный эффект в отношении улучшения социального познания, в каждом модуле подчеркивается связь когнитивных искажений с формированием и поддержанием психотической симптоматики, что сопровождается доступными «жизненными» примерами (Moritz S. et al., 2007; Moritz S. et al., 2023). Различные модули МКТ демонстрируют пациентам, что сложные события могут иметь очень разные объяснения и редко определяются отдельными причинами, что доказательства могут меняться со временем и что не следует спешить с выводами или быть слишком уверенными в суждениях, особенно в ситуациях с потенциально важным результатом (Кузнецов С. Ю. с соавт., 2020).

ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУПП

3.1. Характеристика нозологических групп пациентов

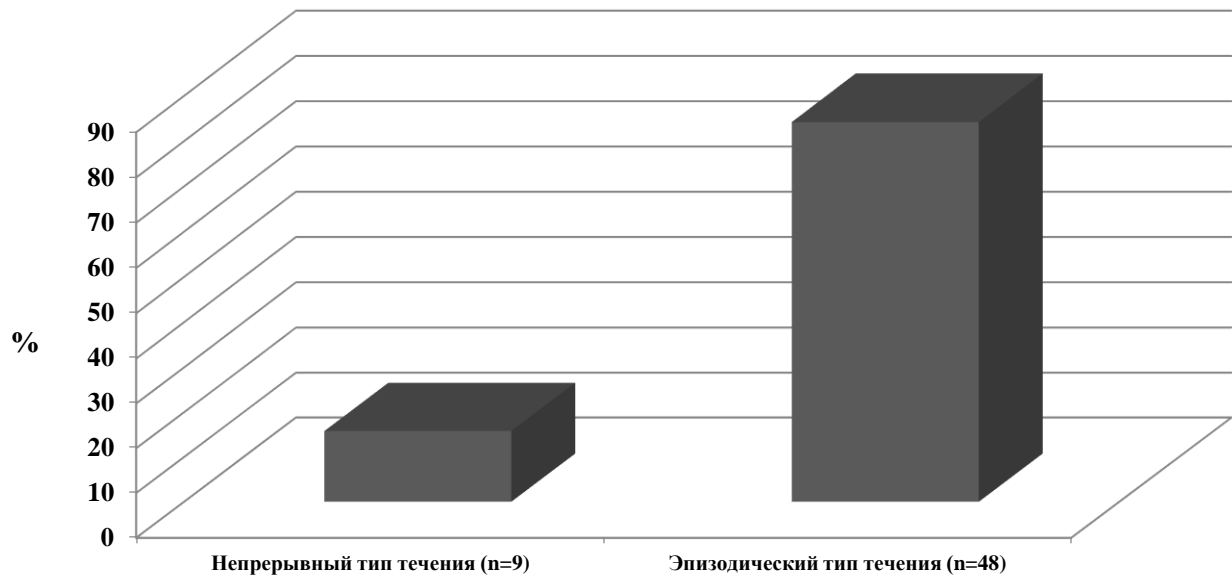
Для решения первой задачи настоящего диссертационного исследования пациенты были разделены на две группы: с параноидной формой шизофрении и с шизоаффективным расстройством с последующим определением клинических, социально-когнитивных особенностей и параметров личностного и социального функционирования данных групп.

3.1.1. Социально-демографические и клинические характеристики

Группа пациентов с параноидной формой шизофрении составила 57 (67,0%) человек. Преобладали женщины – 36 человек (63,1%), количество мужчин в группе составило 21 человек (36,8%). Средний возраст – $33,3 \pm 7,3$ лет ($33,3 \pm 7,2$ у женщин и $30,1 \pm 6,3$ у мужчин). Подавляющее большинство пациентов данной группы были одиноки: холосты – 39 человек (68,4%), разведены – 11 (19,2%), вдовец – 1 (1,7%). В браке состояли лишь 6 (10,5%) пациентов группы. Высшее образование имели 28 человек (49,1%), неоконченное высшее – 14 (24,5%), средне-специальное – 12 (21,1%), среднее – 2 (3,5%), начальное общее – 1 (1,7%). Трудовой стаж до болезни составил $5,3 \pm 5,6$ лет.

Течение шизофрении соответствовало эпизодическому в 48 (84,2%) случаях, непрерывное течение диагностировано только у девяти (15,8%) пациентов данной группы, то есть отчетливо доминировал эпизодический тип течения заболевания (Рисунок 3.1).

Рисунок 3.1 – Тип течения параноидной формы шизофрении



Количество госпитализаций в отделения круглосуточного стационара составило в среднем $3,1 \pm 2,7$, количество помещений в дневные стационары было меньше в 2,1 раза и составило в среднем $1,46 \pm 1,0$. Большая часть пациентов с параноидной формой шизофрении получала лечение в условиях дневного стационара впервые (72,4%). Клиническая картина заболевания была представлена преобладанием бредовой симптоматики в 35 (61,4%) случаях, псевдогаллюцинаторные расстройства доминировали у 16 (28%) пациентов, психопатоподобные — у двух пациентов (3,5%), негативная симптоматика — у четырех (7%). Всем пациентам в соответствии с установленным диагнозом параноидной формы шизофрении назначалась антипсихотическая терапия⁴.

Группа пациентов с шизоаффективным расстройством включала 28 (33%) пациентов. Как и в группе пациентов с параноидной формой шизофрении, количество женщин ($n = 22, 78,6\%$) превышало количество мужчин ($n = 6, 21,5\%$). Средний возраст пациентов с шизоаффективным расстройством — $33,2 \pm 9,5$ лет, все пациенты находились в трудоспособном возрасте. Образовательный уровень данной группы пациентов соответствовал высшему образованию в 16 случаях

⁴ Шизофрения. Клинические рекомендации / Российское общество психиатров. – Москва, 2019. – 133 с. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/451_2.

(57,1%), неоконченному высшему в четырех (14,3%), средне-специальное образование получили пять (17,9%) пациентов группы и среднее — три (10,7%). Трудовой стаж до болезни был равен $6,5 \pm 6,3$ лет. В браке состояли семь (25%) пациентов, холосты были — 16 (57,1%), разведены — пять (17,3%). Среднее количество госпитализаций в отделения круглосуточного стационара находилось на уровне $2,6 \pm 2,2$, лечение в условиях дневного стационара осуществлялось в 1,7 раз реже — $1,5 \pm 1,0$. При госпитализации в отделения круглосуточного стационара клиническая картина заболевания у пациентов данной группы характеризовалась аффективно-бредовой симптоматикой (n = 28, 100%).

Таблица 3.1 – Социально-демографические и клинические характеристики нозологических групп пациентов

Показатель	Нозологические группы (шифр по МКБ-10)		Уровень значимости, P
	F20.0 (n = 57)	F25 (n = 28)	
Пол (n, %):			
мужчины	21 (36,8%)	6 (21,5%)	> 0,05
женщины	36 (63,1%)	22 (78,6%)	> 0,05
Возраст (лет, среднее, СО):			> 0,05
мужчины	$30,1 \pm 6,3$	$28,3 \pm 9,9$	
женщины	$33,27 \pm 7,2$	$34,7 \pm 9,1$	
Семейное положение (n, %):			
холост/не замужем	39 (68,4%)	16 (57,1%)	> 0,05
женат/замужем	6 (10,5%)	7 (25%)	> 0,05
разведен (-а)	11 (19,2%)	5 (17,3%)	> 0,05
вдовец	1 (1,7%)	0 (0%)	> 0,05

Продолжение Таблицы 3.1

Показатель	Нозологические группы (шифр по МКБ-10)		Уровень значимости, р
	F20.0 (n = 57)	F25 (n = 28)	
Количество госпитализаций в стационар (среднее, СО)	3,1±2,7	2,6±2,2	> 0,05
Количество помещений в дневной стационар (среднее, СО)	1,46±1,0	1,5±1,0	> 0,05
Трудовой стаж до болезни (лет, среднее, СО)	5,34±5,6	6,5±6,3	> 0,05
Образование (n, %):			
основное общее	1 (1,7%)	0 (0%)	> 0,05
среднее	2 (3,5%)	3 (10,7%)	> 0,05
средне-специальное	12 (21,1%)	5 (17,9%)	> 0,05
неоконченное высшее	14 (24,5%)	4 (14,3%)	> 0,05
высшее	28(49,1%)	16 (57,1%)	> 0,05

Результаты анализа социально-демографических и клинических характеристик нозологических групп пациентов демонстрируют их сопоставимость ($p > 0,05$). Многие пациенты обеих групп одиноки, не трудоустроены, несмотря на молодой или средний возраст (Таблица 3.1.).

3.1.2. Клинико-психопатологические особенности и показатели личностного и социального функционирования

Сумма баллов PANSS в группе пациентов с параноидной формой шизофрении находилась в диапазоне от 52 до 80 баллов (среднее, СО: $71,54 \pm 7,29$), медиана была на уровне 73,0 баллов. В группе пациентов с шизоаффективным расстройством значение суммы баллов PANSS распределялось от 50 до 79 (среднее, СО: $62,14 \pm 9,08$), медиана составила 59,50 баллов. Группы по показателю суммы баллов PANSS имели статистически значимые различия ($p < 0,01$). Показатели подшкал позитивной, общей психопатологической и, особенно негативной симптоматики, также значимо различались ($p < 0,05$; $p < 0,01$).

Обследование при помощи шкалы оценки депрессии при шизофрении Калгари (CDSS) как у пациентов с параноидной формой шизофрении, так и у лиц с шизоаффективным расстройством не выявило проявлений умеренной или тяжелой депрессии (среднее, СО: $4,52 \pm 2,86$ vs $3,64 \pm 2,7$, $p > 0,05$).

В группе пациентов с параноидной формой шизофрении значения показателей самоопросника шкалы оценки апатии (AES-S) составили от 19 до 54 баллов, в среднем – $33,63 \pm 7,66$ балла. Распределение баллов было нормальным, медиана находилась на уровне 32,50 балла. Схожая картина наблюдалась при субъективной оценке апатии пациентами с шизоаффективным расстройством. Диапазон баллов варьировал от 21 до 46 и подчинялся закону нормального распределения, медиана находилась на уровне 31,0 балла, среднее значение было равно $31,11 \pm 5,96$ баллам. При сопоставлении данных самоопросников в нозологических группах, статистически значимых различий получено не было ($p > 0,05$).

Результаты, полученные с использованием клинической версии шкалы оценки апатии (AES-C), у пациентов с параноидной формой шизофрении характеризовались нормальным распределением общего балла в диапазоне значений от 25 до 55, среднее значение составило $42,34 \pm 5,78$, медиана – 43,0 балла. Общие баллы AES-C у пациентов с шизоаффективным расстройством также

соответствовали закону нормального распределения, однако среднее значение было ниже, чем в группе параноидной шизофрении, и составило $36,68 \pm 5,89$ баллов. Минимальное значение соответствовало 24 баллам, максимальное – 45, медиана находилась на уровне 38 баллов.

При сопоставлении показателей шкалы оценки апатии, полученных врачом в процессе полуструктурированного интервью (AES-C), в группах сравнения были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) в пользу более низких значений у пациентов с шизоаффективным расстройством, что говорит о меньшей выраженности апатии в данной группе.

С целью исследования соотношения субъективной и объективной оценки выраженности апатии производился расчет коэффициента несоответствия, который представляет собой отношение общего балла AES-C к общему баллу AES-S ($AES-C/AES-S$) и демонстрирует характер изменения соотношения объективной и субъективной оценки выраженности апатии (Parsuev O. et al., 2017; Minyaicheva M. et al., 2018; Миняйчева М. В. с соавт., 2018). Значение коэффициента несоответствия в группах пациентов с параноидной формой шизофрении ($1,31 \pm 0,28$) и шизоаффективным расстройством ($1,20 \pm 0,21$) продемонстрировало различие на уровне тенденции, при $p = 0,056$.

Обследование с применением клинических шкал (PANSS, CDSS) выявило бóльшую выраженность как позитивной, так и негативной и общей психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной формой шизофрении в сравнении с пациентами с шизоаффективным расстройством при отсутствии проявлений умеренной или тяжелой депрессии в обеих группах. Сопоставление показателей объективной оценки апатии врачом — исследователем при помощи AES-C и суммы баллов подшкалы негативных симптомов PANSS продемонстрировало преобладание апатических расстройств у пациентов с параноидной формой шизофрении. Также у пациентов с шизофренией выявлена тенденция к большему разрыву между субъективной оценкой уровня имеющихся

апатических симптомов при сравнении с данными, полученными специалистом, нежели у пациентов с шизоаффективным расстройством.

Для оценки личностного и социального функционирования использовалась шкала PSP. В процессе полуструктурированного интервью осуществлялась изолированная оценка четырех основных областей функционирования: а) социально полезная деятельность, включая работу и учебу; б) отношения с близкими и прочие социальные отношения; с) самообслуживание; д) беспокоящее и агрессивное поведение. Для областей «а – с» предусмотрен единый набор операциональных критериев для оценки степени затруднений, для области «d» набор операциональных критериев отличается от «а – с» и вынесен в отдельную группу. Далее, с учетом степени затруднений в каждой области согласно инструкции по выставлению баллов каждому пациенту присваивался общий балл.

Значения общего балла PSP в группе пациентов с параноидной формой шизофрении распределялись в диапазоне от 45 до 80 баллов (среднее, СО: $56,48 \pm 13,75$ баллов), медиана была на уровне 60,0 баллов. В группе пациентов с шизоаффективным расстройством общий балл PSP был выше и соответствовал $65,11 \pm 14,37$, медиана – 70,0 баллов, минимальный показатель был равен 50, максимальный – 80. При сопоставлении показателей в нозологических группах пациентов выявлялись значимые различия как общего балла шкалы (он ниже в группе пациентов с шизофренией), при $p < 0,05$, так и в отдельных областях функционирования. В частности, значимые различия были получены в областях: а) социально полезная деятельность, включая работу и учебу, б) отношения с близкими и прочие социальные отношения и с) самообслуживание ($p < 0,05$). В области беспокоящего и агрессивного поведения (d), достоверных различий не отмечалось ($p > 0,05$) (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Клинико-психопатологические показатели и параметры личностного и социального функционирования

Показатели	Нозологические группы (шифр по МКБ-10)		Уровень значимости, р
	F20.0 (n = 57)	F25 (n = 28)	
Подшкала позитивных симптомов PANSS (среднее, CO)	15,41±3,26	13,21±3,29	< 0,05
Подшкала негативных симптомов PANSS (среднее, CO)	19,55±3,26	15,29±4,44	< 0,01
Подшкала общих симптомов PANSS (среднее, CO)	36,57±4,32	33,79±5,39	< 0,05
Общий балл PANSS (среднее, CO)	71,54±7,29	62,14±9,08	< 0,01
CDSS (среднее, CO)	3,95±2,3	3,46±2,5	> 0,05
AES-S (среднее, CO)	33,63±7,66	31,11±5,96	> 0,05
AES-C (среднее, CO)	42,34±5,77	36,68±5,89	< 0,01
а) социально полезная деятельность, включая работу и учебу (PSP) (среднее, CO)	2,96±0,99	2,43±0,92	< 0,01
б) отношения с близкими и прочие социальные отношения (PSP) (среднее, CO)	3,02±0,69	2,37±0,68	< 0,01
с) самообслуживание (PSP) (среднее, CO)	2,20±0,83	1,33±0,62	< 0,01
д) беспокоящее и агрессивное поведение (PSP) (среднее, CO)	1,94±0,88	1,56±0,64	> 0,05
Общий балл PSP (среднее, CO)	56,48±13,75	65,11±14,36	< 0,01

Таким образом, исследование личностного и социального функционирования демонстрирует бóльшую выраженность нарушений в группе пациентов с параноидной формой шизофрении по большинству параметров, оцениваемых PSP.

3.1.3. Характеристика социально-когнитивных функций

3.1.3.1. Обследование пациентов по тесту на распознавание эмоций «Лица Экмана» (ЕК-60F)

Исследования распознавания эмоций по лицевой экспрессии в группе пациентов с параноидной формой шизофрении характеризовалось неоднородностью в идентификации проявлений эмоциональных реакций при просмотре фотографий с изображением лиц. Обращают на себя внимание сложности в распознавании определенных эмоций. В частности, 10 пациентов (17,5%) не смогли распознать проявления гнева и пять пациентов (9%) – эмоцию страха, что согласуется с данными Premkumar P. et al. (2008) и Huang J. et al. (2011). Сложности отмечались и при определении печали (Kohler C. G. et al., 2000), удивления и презрения. Эмоция счастья распознавалась в группе лучше (среднее, СО: $9,43 \pm 1,14$), что также описано Kohler C. G. et al. (2000). Средние значения суммы баллов теста на распознавание эмоций «Лица Экмана» находились на уровне $43,45 \pm 9,61$ (Таблица 3.5).

В группе пациентов с шизоаффективным расстройством, как и в группе пациентов с шизофренией, отмечались сложности с распознаванием проявлений гнева (пациенты не смогли верно идентифицировать эмоцию в 10,7% ($n = 7$)) и в меньшей степени страха. Сложности отмечались и при определении презрения и удивления несколькими пациентами. Счастливые лица распознавались в большинстве случаев (среднее, СО: $9,8 \pm 0,81$). Сумма баллов теста была равна $47,76 \pm 7,57$ и превышала показатель в группе пациентов с параноидной шизофренией, но также была ниже суммы баллов выборки здоровых испытуемых

(по данным Realmuto S. et al. (2015) ($51,19 \pm 3,98$); Palumbo F. et al. (2022) ($53,61 \pm 6,83$)) – Таблица 3.5.

Таблица 3.5 – Характеристика распределения баллов ответов пациентов по тесту на распознавание эмоций «Лица Экмана»

Показатель	Нозологические группы (шифр по МКБ-10)								p
	F20.0				F25				
Эмоции:	Среднее значение, СО	Me	Мин.	Макс.	Среднее значение СО	Me	Мин.	Макс.	
Гнев	4,8±3,04	5,5	0	10	6,11±3,06	7	0	10	< 0,05
Презрение	7,02±2,02	8	2	10	7,48±1,68	7	4	10	> 0,05
Страх	5,23±3,21	6	0	10	6,48±2,71	7	0	10	> 0,05
Счастье	9,43±1,14	10	5	10	9,8±0,81	10	6	10	< 0,05
Печаль	7,96±2,15	9	1	10	8,28±1,88	9	4	10	> 0,05
Удивление	8,02±2,2	9	1	10	8,92±1,65	9	3	10	< 0,05
Сумма баллов	43,45±9,61	46	14	58	47,76±7,57	48	22	58	0,056

Таким образом, при исследовании способности к распознаванию лицевой экспрессии по тесту на распознавание эмоций «Лица Экмана» как у пациентов с параноидной формой шизофрении, так и в группе пациентов с шизоаффективным расстройством выявляется неравномерность распознавания эмоций, с наибольшими трудностями в идентификации пациентами эмоций «негативной» валентности, особенно гнева. При этом у пациентов с шизофренией показатель идентификации эмоции гнева в 1,3 раза ниже в сравнении с пациентами с шизоаффективным расстройством. Также пациенты с шизофренией достоверно ($p < 0,05$) хуже распознают счастье и удивление, нежели пациенты с шизоаффективным расстройством, но выраженность различий в соответствующих показателях незначительная.

3.1.3.2. Обследование пациентов по методике «Понимание намека» (Hinting Task)

Распределение общего балла ответов по методике «Понимание намека» в группе пациентов с параноидной формой шизофрении не соответствовало нормальному. Медиана находилась на уровне 17,0 баллов, минимальное значение было равно шести баллам ($n = 1, 1,7\%$), максимальное – 20 ($n = 6, 10,7\%$). Среднее значение показателей ответов составляло $16,84 \pm 2,6$ баллов.

В группе пациентов с шизоаффективным расстройством распределение ответов общего балла соответствовало нормальному. Медиана соответствовала 18,0 баллам, минимальное значение было равно 13 баллам ($n = 1, 3,6\%$), максимальное – 20 ($n = 6, 21,4\%$). Показатель общего балла ответов был равен в среднем $17,96 \pm 1,7$ баллам (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Распределение ответов методики «Понимание намека» в нозологических группах пациентов

Методика «Понимание намека», № вопроса	Нозологическая группа (шифр по МКБ-10)	
	F20.0 (n = 57)	F25 (n = 28)
1	1,59±0,71	1,79±0,57
2	1,70±0,57	1,93±0,26
3	1,77±0,50	1,82±0,39
4	1,73±0,56	1,79±0,42
5	1,63±0,70	1,71±0,53
6	1,57±0,60	1,75±0,44
7	1,84±0,50	1,79±0,50
8	1,46±0,66	1,39±0,68
9	1,73±0,45	1,79±0,42
10	1,86±0,40	1,89±0,31
Общий балл	16,84±2,61*	17,96±1,69*

Продолжение Таблицы 3.3.

Методика «Понимание намека», № вопроса	Нозологическая группа (шифр по МКБ-10)	
	F20.0 (n = 57)	F25 (n = 28)
Медиана	17,0	18,0
Минимальное значение	6,0	13,0
Максимальное значение	20,0	20,0

Примечание – * при сопоставлении нозологических групп пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) (U-критерий Манна-Уитни).

Показатели методики «Понимание намека» в обеих нозологических группах указывали как на наличие пациентов без признаков дефицита ВМСД, так и на наличие пациентов с низкими значениями общего балла, что говорит о выраженных нарушениях в данном домене социального познания. Вместе с тем, при проведении статистического анализа значения общего балла методики «Понимание намека» в нозологических группах значимо различались в сторону преобладающего дефицита у пациентов с параноидной формой шизофрении ($p < 0,05$).

3.1.3.3. Обследование пациентов по методике «Отношения между доменами, сокращенная версия» (RAD-15)

Характер распределения суммы баллов по методике «Отношения между доменами, сокращенная версия» (RAD-15) в нозологической группе пациентов с параноидной формой шизофрении соответствовал нормальному. Ответы находились в диапазоне от 15 ($n = 1, 1,7\%$) до 41 ($n = 1, 1,7\%$) балла. Среднее значение суммы баллов было равно $27,1 \pm 7,2$, медиана – 27,0.

В группе пациентов с шизоаффективным расстройством распределение баллов также было нормальным, минимальное значение 18 ($n = 1, 3,6\%$) баллов, максимальное 41 ($n = 1, 3,6\%$), медиана находилась на уровне 34 баллов. Среднее значение суммы баллов составляло $32,2 \pm 6,4$ балла, что статистически значимо ($p < 0,05$) превышало аналогичный показатель в группе пациентов с параноидной формой шизофрении (Таблица 3.4).

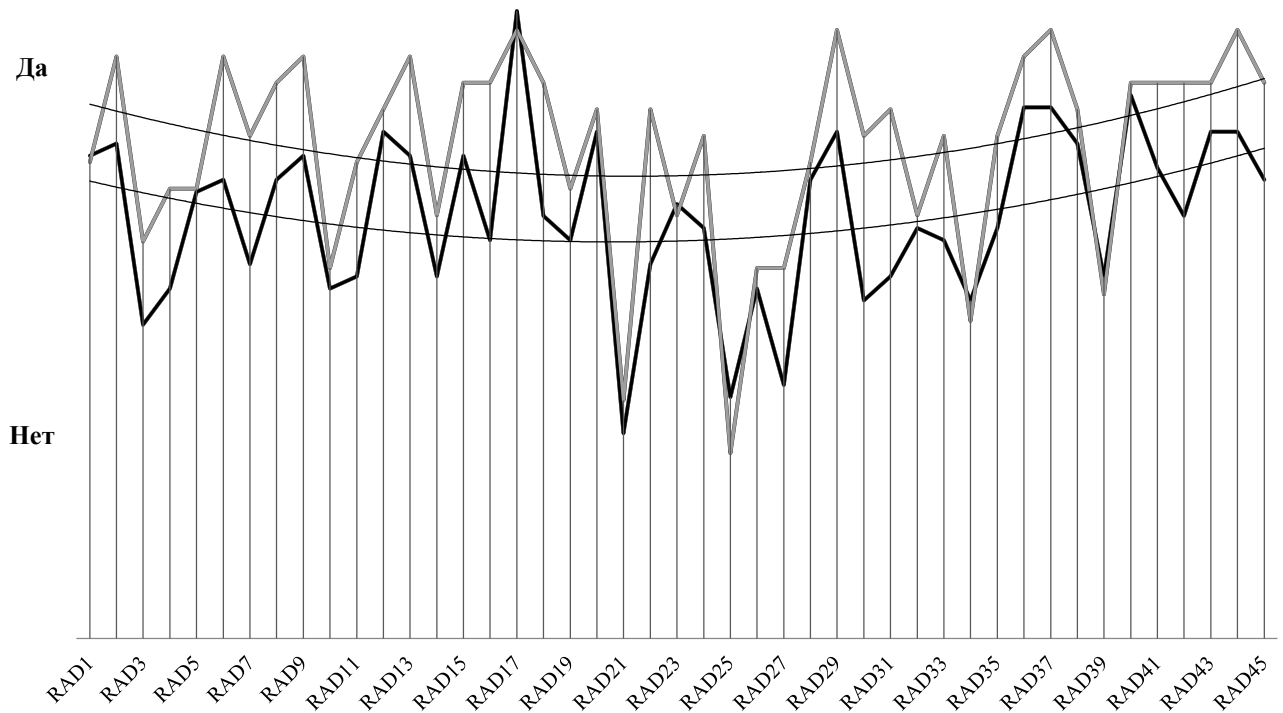
Таблица 3.4 – Характеристика распределения баллов ответов по методике «Отношения между доменами, сокращенная версия» (RAD-15)

Показатели RAD-15	Нозологические группы (шифр по МКБ-10)	
	F20.0 (n = 57)	F25 (n = 28)
Среднее значение	27,1*	32,2*
Стандартное отклонение (СО)	7,2	6,4
Среднее значение	27,1*	32,2*
Медиана	27,0	34,0
Минимальное значение	15	18
Максимальное значение	41	41

Примечание – * выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) (t-критерий Стьюдента для независимых выборок).

На Рисунке 3.2 представлено распределение средних баллов ответов пациентов по методике RAD-15. Линии тренда кривых демонстрируют более высокие средние значения у пациентов с шизоаффективным расстройством на всем протяжении графика, что подчеркивает достоверность различий между группами пациентов.

Рисунок 3.2 – Характеристика распределения средних баллов ответов пациентов по методике RAD-15 в нозологических группах



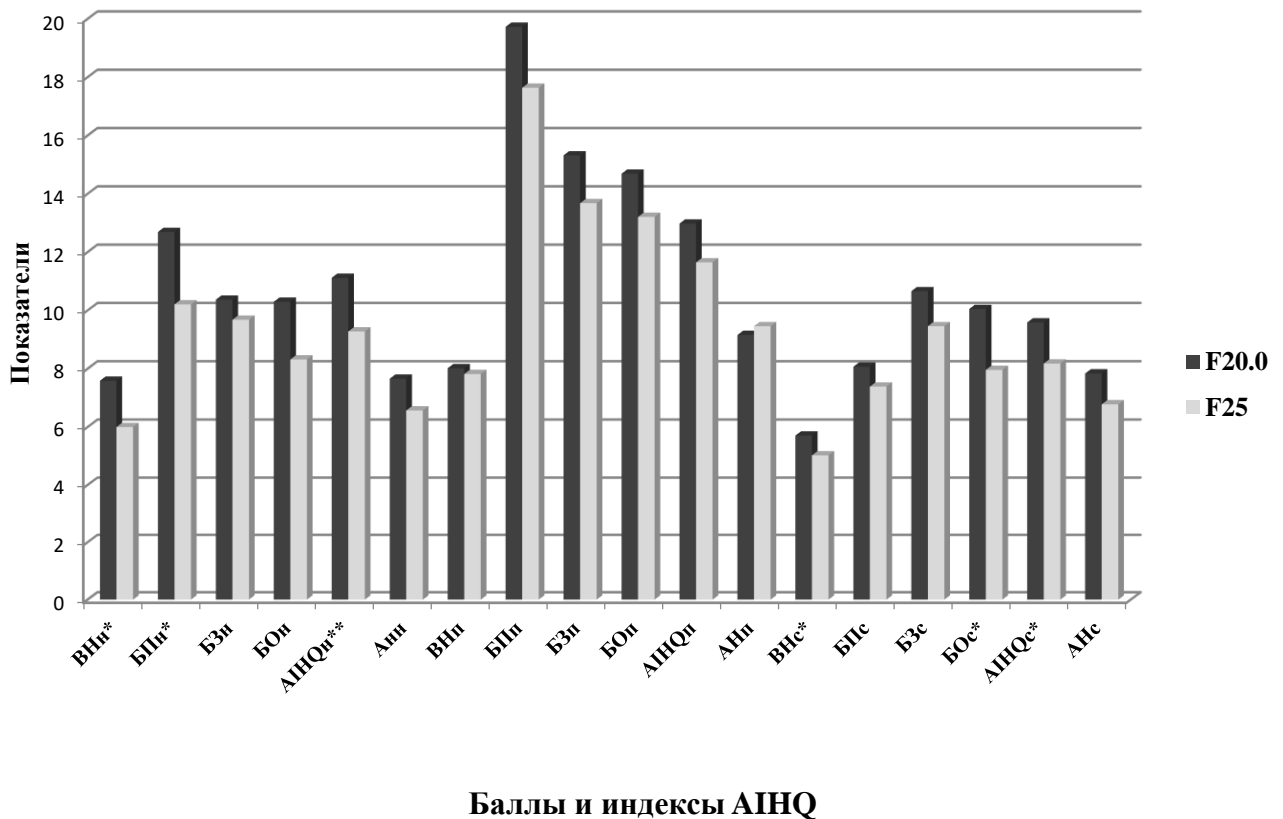
Примечания — ось абсцисс — ответы на вопросы от 1–45, ось ординат — верный/неверный ответ; темный график — ответы пациентов с параноидной формой шизофрении; светлый график — ответы пациентов с шизоаффективным расстройством.

Таким образом, группы пациентов с шизофренией и с шизоаффективным расстройством характеризовались равномерностью распределения ответов по методике RAD-15. Количество правильных ответов (минимальные и максимальные значения суммы баллов) различалась между пациентами обеих групп в два раза. Вместе с тем, средние и медианные значения продемонстрировали лучшие показатели, указывающие на большую сохранность социального знания в когорте пациентов с шизоаффективным расстройством.

3.1.3.4. Обследование пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством по шкале «Неоднозначные враждебные намерения» (AИHQ)

Результаты обследования нозологических групп пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством демонстрировали неоднородность распределения баллов в анализируемых индексах шкалы AИHQ (Таблица 3.6; Рисунки 3.3–3.8). Закону нормального распределения подчинялись баллы индексов: БПн, БЗн, AИHQн, БПп, БЗп, БОп, AИHQс, АНп, БЗс. Отлично от нормального распределялись баллы индексов: ВНн, БОн, АНн, ВНп, ВНс, БПс, БОс, АНс.

Рисунок 3.3 – Показатели индексов и баллов шкалы «Неоднозначные враждебные намерения» (AИHQ) нозологических групп пациентов



Примечания – * междиagnostические различия, при $p < 0,05$; ** междиagnostические различия на уровне тенденции, при $p = 0,069$; ВНн – индекс «враждебных намерений» в неоднозначных ситуациях; БПн – балл «преднамеренности» в неоднозначных ситуациях; БЗн – балл «злости» в неоднозначных ситуациях; БОн – балл «обвинения» в неоднозначных ситуациях; АИИИ – индекс «обвинения» в неоднозначных ситуациях; АИИ – индекс «агрессивных намерений» в неоднозначных ситуациях; ВИИ – индекс «враждебных намерений» в преднамеренных ситуациях; БПИ – балл «преднамеренности» в преднамеренных ситуациях; БЗИ – балл «злости» в преднамеренных ситуациях; БОИ – балл «обвинения» в преднамеренных ситуациях; АИИИ – индекс «обвинения» в преднамеренных ситуациях; АИИ – индекс «Агрессивных намерений» в преднамеренных ситуациях; ВИС – индекс «враждебных намерений» в случайных ситуациях; БПС – балл «преднамеренности» в случайных ситуациях; БЗс – балл «злости» в случайных ситуациях; БОс – балл «обвинения» в случайных ситуациях; АИИИс – индекс «обвинения» в случайных ситуациях; АИИс – индекс «агрессивных намерений» в случайных ситуациях.

Рисунки 3.4; 3.5; 3.6; 3.7; 3.8 – Распределение показателей статистически значимо различающихся индексов и баллов шкалы АИИИ в нозологических группах пациентов

Рисунок 3.4

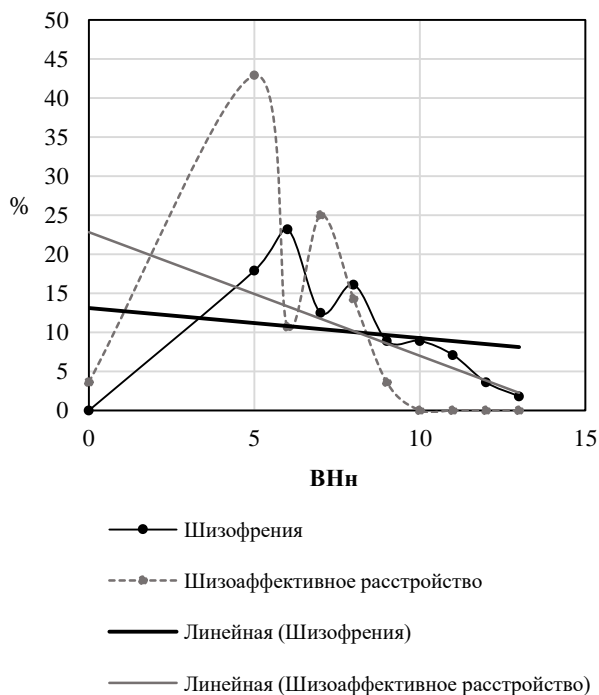


Рисунок 3.5

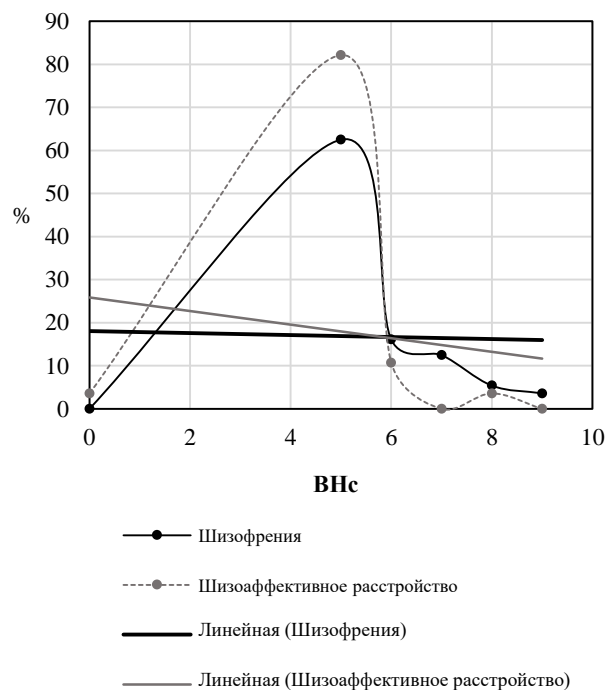


Рисунок 3.6

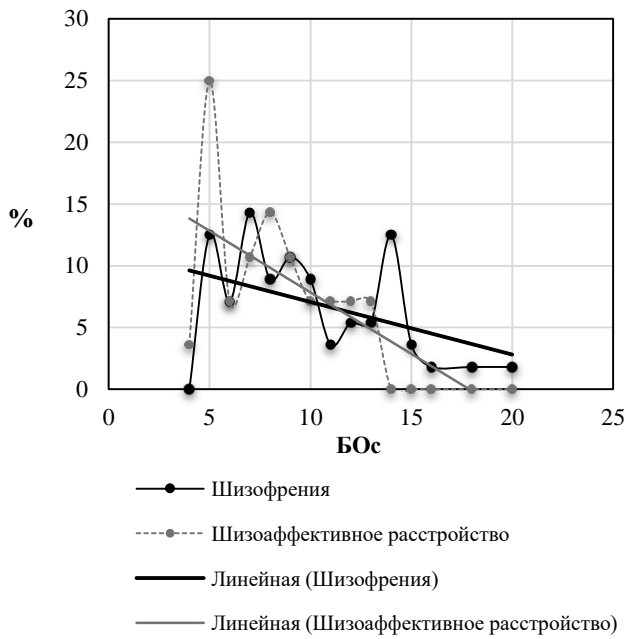


Рисунок 3.7

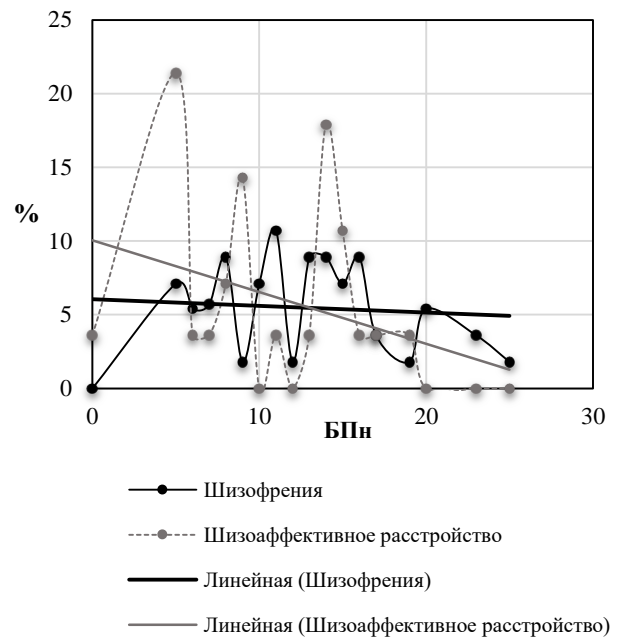
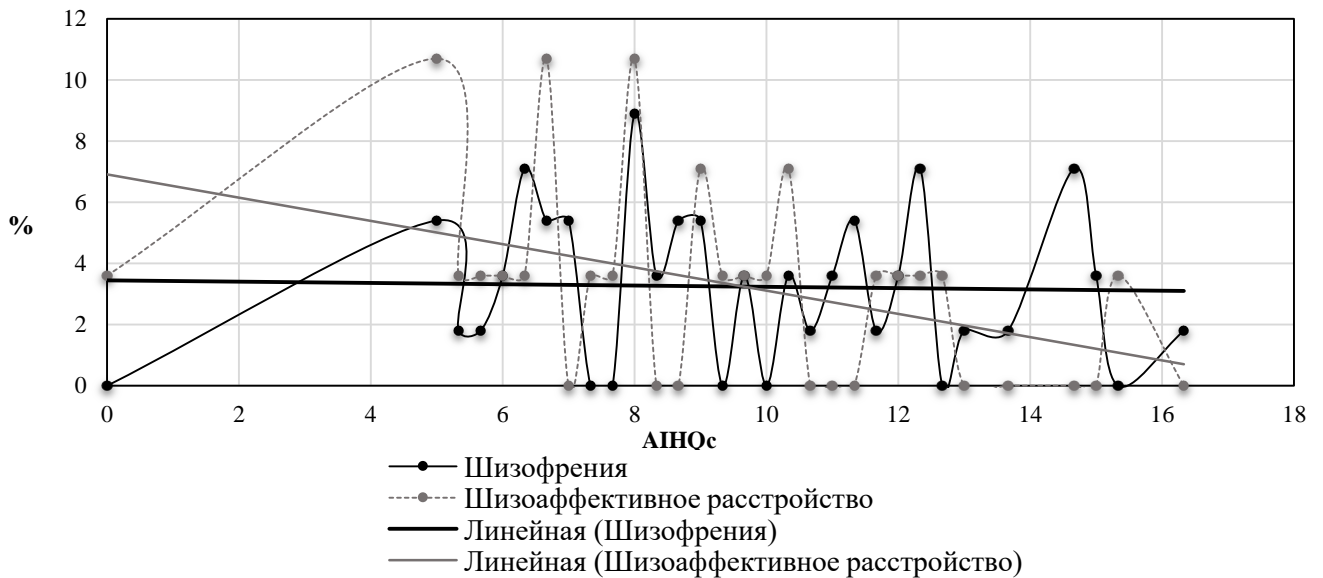


Рисунок 3.8



При групповом сопоставлении баллов и индексов шкалы АИНО были выявлены статистически значимые различия в ВНн ($p < 0,05$), БПн ($p < 0,05$), ВНс ($p < 0,05$), БОс ($p < 0,05$), АИНОс ($p < 0,05$), значения индекса АИНОн продемонстрировали различия на уровне тенденции ($p = 0,069$) (Таблица 3.6).

Таблица 3.6 – Сопоставление показателей индексов и баллов шкалы «Неоднозначные враждебные намерения» (АНQ) нозологических групп пациентов

Показатель	Нозологические группы (шифр по МКБ-10)		Уровень значимости
	F20.0 (n = 57)	F25 (n = 28)	
Индекс АНQ	Среднее, СО	Среднее, СО	p
ВНн	7,59±2,16	6,00±1,72	< 0,05
БПн	12,69±5,22	10,21±4,78	< 0,05
БЗн	10,37±4,25	9,68±3,94	> 0,05
БОУн	10,30±5,11	8,32±3,14	> 0,05
АНQн	11,12±4,19	9,40±3,69	= 0,069
АНн	7,66±2,52	6,57±2,13	> 0,05
ВНп	8,02±2,08	7,82±2,29	> 0,05
БПп	19,73±6,24	17,64±6,49	> 0,05
БЗп	15,32±5,75	13,68±5,09	> 0,05
БОУп	14,69±6,19	13,21±5,50	> 0,05
АНQп	16,58±5,39	14,84±5,21	> 0,05
АНп	9,16±2,80	9,46±3,18	> 0,05
ВНс	5,71±1,10	5,03±1,17	< 0,05
БПс	8,07±3,29	7,39±3,02	> 0,05
БЗс	10,66±3,85	9,46±3,80	> 0,05
БОУс	10,05±4,19	7,96±2,73	< 0,05
АНQс	9,59±3,09	8,18±3,11	< 0,05
АНс	7,84±2,98	6,78±2,54	> 0,05

Примечание – пояснения обозначений индексов и баллов содержатся в примечаниях к Рисунку 3.3, Главе 2. Материал и методы и в Списке используемых сокращений и условных обозначений.

С целью определения риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в исследуемых нозологических группах пациентов был произведен расчет суммы индексов враждебных намерений, обвинения и агрессивных

намерений в ситуациях разного вида, описанных в виньетках шкалы АИИО. По данным Н. В. Хмара и О. А. Скугаревского (2021), при суммарном значении ВИ, АИИО и АИ в преднамеренных ситуациях (п) равном или превышающем 42,6 риск проявления агрессии (вербальной, против предметов, других людей и себя) выше в 5,6 раз, а риск проявления физической гетероагрессии — выше в 3,6 раза (Хмара Н. В., Скугаревский О. А., 2021).

В исследуемой нами выборке пациентов были получены суммарные показатели, средние значения которых в группе пациентов с параноидной формой шизофрении находились на уровне $26,38 \pm 7,75$ баллов в неоднозначных ситуациях, $33,76 \pm 7,75$ баллов в ситуациях преднамеренных и $23,15 \pm 5,86$ баллов в случайных ситуациях. Диапазон значений, в свою очередь, свидетельствует о наличии в группе пациентов с шизофренией лиц с максимальным суммарным баллом, превышающим цифру 42,6 в неоднозначных и преднамеренных ситуациях. Полученные данные согласуются с графиками распределения индексов ВИ_н, ВИ_с, АИИО_н и АИИО_с (которые достоверно различаются в группах сравнения при $p < 0,05$) и указывают на высокий риск проявления агрессии у пациентов с параноидной формой шизофрении.

В группе пациентов с шизоаффективным расстройством среднее суммарное значение индексов ВИ, АИИО и АИ в неоднозначных ситуациях находилось на уровне $21,85 \pm 6,73$, в ситуациях преднамеренных было равно $32,13 \pm 9,61$, в случайных — $20,0 \pm 5,93$. Минимальные значения в группе пациентов были схожи как в преднамеренных (18,67 у пациентов с шизофренией и 18,33 у пациентов с шизоаффективным расстройством), так и в неоднозначных и случайных ситуациях (в обеих группах были равны 15,0). Максимальные баллы в группе пациентов с шизоаффективным расстройством были, как и у пациентов с шизофренией, выше порога в 42,6 баллов в преднамеренных ситуациях. В ситуациях другого вида суммарные значения (среднее арифметическое) индексов не достигали описанного порога и находились на уровне 31,67 в неоднозначных ситуациях и 33,33 баллов в ситуациях случайных. При статистическом анализе суммарных значений индексов ВИ, АИИО и АИ в нозологических группах пациентов были выявлены значимые

различия в неоднозначных и случайных ситуациях (t-критерий Стьюдента, $p < 0,05$), в ситуациях преднамеренных различий выявлено не было (t-критерий Стьюдента, $p > 0,05$) (Таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Риск проявления агрессии и высокого уровня враждебности в нозологических группах пациентов

Шифр по МКБ-10	F20.0 (n = 57)			F25 (n = 28)		
	Неоднознач.	Преднамер.	Случайн.	Неоднознач.	Преднамер.	Случайн.
Вид ситуации/ Показатели						
Среднее значение	26,38	33,76	23,15	21,85	32,13	20,0
СО	7,75	7,75	5,86	6,73	9,61	5,93
Медиана	24,83	34,66	22,33	22,83	32,33	19,0
Мин. Значение	15,0	18,67	15,0	15,0	18,33	15,0
Макс. Значение	48,33	57,33	37,33	31,67	49,67	33,33

Таким образом, результаты оценки индексов и баллов АИИ в нозологических группах пациентов продемонстрировали достоверно более высокие значения у пациентов с параноидной формой шизофрении в неоднозначных (ВНн, БПн, АИИ_н) и случайных (ВНс, БОс, АИИ_с) ситуациях, что предполагается в качестве характерного признака для расстройств шизофренического спектра, основываясь на том, что в ситуациях такого вида отсутствуют четкие мотивы и их трактовка основывается на общей агрессивной настроенности индивида (Хмара Н. В., Скугаревский О. А., 2021). Напротив, высокие показатели АИИ в ситуациях преднамеренных демонстрируют лишь общий высокий уровень враждебности и непосредственно не связаны с расстройствами шизофренического спектра. Рисунки достоверно различающихся индексов и баллов АИИ (Рисунки 3.3 – 3.8) демонстрируют характерные черты распределения значений рассматриваемых показателей: пациенты с шизоаффективным расстройством имели невысокие и средние значения индексов и баллов. Линии тренда имели косо-нисходящую направленность, высоких

значений практически не отмечалось. Иной картиной распределения значений характеризовались пациенты с шизофренией. Диапазон был шире и включал как низкие, так и высокие значения, что подтверждается склонностью к горизонтальному направлению линий тренда.

При оценке риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности при помощи шкалы АИИО можно сделать вывод о наличии в обеих группах пациентов, характеризующихся высоким риском проявления агрессии в преднамеренных ситуациях, а также в ситуациях неоднозначных в случае пациентов с параноидной формой шизофрении. Пациенты с шизофренией также имели значимо более высокие ($p < 0,05$) показатели риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в ситуациях неоднозначного и случайного вида.

3.1.3.5. Корреляционный анализ показателей исследования социально-когнитивных функций и клинических шкал в нозологических группах пациентов

Корреляционные связи между показателями исследуемых методик определялись с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена в случаях распределения значений анализируемых переменных отличного от нормального и коэффициента корреляции Пирсона при соблюдении закона нормального распределения. Были получены корреляции от слабых и умеренных до заметных по шкале Чеддока.

Корреляционные связи между суммой баллов методики «Понимание намека» в группе пациентов с параноидной формой шизофрении выявлены с суммой баллов методики «Отношения между доменами, сокращенная версия» (RAD-15) ($r = 0,439$; $p < 0,01$). В группе пациентов с шизоаффективным расстройством отрицательная корреляция была установлена между суммой баллов методики «Понимание намека» и пунктом N7 (стереотипность мышления) PANSS ($r = -0,378$; $p < 0,05$).

Показатель суммы баллов RAD-15 в группе пациентов с параноидной формой шизофрении коррелировал со следующими индексами и баллами шкалы АИИО (критерий корреляции Пирсона): ВИп ($r = 0,284$; $p < 0,05$), БОп ($r = 0,270$;

$p < 0,05$), АИHQп ($r = 0,294$; $p < 0,05$) и АНп ($r = 0,429$; $p < 0,01$), что указывает на адекватную восприимчивость пациентами преднамеренных действий, описанных в виньетках. Сумма баллов RAD-15 отрицательно коррелировала с негативной симптоматикой (суммой N) по PANSS в целом ($r = -0,289$; $p < 0,05$) и в большей степени с пунктом, оценивающим трудности в абстрактном мышлении (N5) ($r = -0,374$; $p < 0,01$). Отрицательная корреляция суммы баллов методики RAD-15 в группе пациентов с параноидной формой шизофрении выявлена с областями функционирования, отвечающими за социально полезную деятельность, включая работу, и учебу, (a) ($r = -0,438$; $p = 0,001$) и самообслуживание (c) ($r = -0,326$; $p < 0,05$) шкалы PSP.

В группе пациентов с шизоаффективным расстройством достоверная корреляционная связь была получена между суммой баллов RAD-15 и общим баллом шкалы PSP ($r = 0,510$; $p < 0,01$). Отрицательные корреляции выявлены с областями функционирования шкалы PSP: социально-полезной деятельностью, включая работу и учебу (a) ($r = -0,387$; $p < 0,05$), личным и социальным взаимодействием (b) ($r = -0,390$; $p < 0,05$) и самообслуживанием (c) ($r = -0,501$; $p < 0,01$).

Корреляционные связи индексов и баллов АИHQ были установлены как для статистически значимо различающихся индексов и баллов при сопоставлении нозологических групп, так и для индексов и баллов, не имевших достоверных различий. Были получены корреляции от слабых и умеренных до заметных (в группе пациентов с шизоаффективным расстройством) по шкале Чеддока. В группе пациентов с параноидной формой шизофрении обнаружены достоверные связи по следующим показателям индексов шкалы АИHQ и PANSS: индекс ВНн коррелировал с суммой P ($r = 0,313$; $p < 0,05$), особенно с показателем враждебности (P7) ($r = 0,418$; $p = 0,001$), а также с нарушением раппорта (N3) ($r = 0,284$; $p < 0,05$) и соматической озабоченностью (G1) ($r = 0,292$; $p < 0,05$). Балл преднамеренности в неоднозначных ситуациях (БПн) коррелировал с враждебностью (P7) ($r = 0,402$; $p < 0,01$). Отрицательная корреляция выявлена между БПн и эмоциональной отстраненностью (N2) ($r = -0,297$; $p < 0,05$), положительная — с недостаточным

раппортом (N3) ($r = 0,279$; $p < 0,05$). Балл за «злость» (БЗн) в группе пациентов с шизофренией коррелировал с соматической озабоченностью (G1) ($r = 0,317$; $p < 0,05$). Связи были установлены между баллом за обвинение (БОн) и соматической озабоченностью (G1) ($r = 0,332$; $p < 0,05$), а также с уровнем тревоги (G2) ($r = 0,317$; $p < 0,05$). Индекс обвинения (АИН_{Qн}) в неоднозначных ситуациях у пациентов с шизофренией был связан с враждебностью (P7) ($r = 0,333$; $p < 0,05$). Отрицательные корреляции индекса АИН_{Qн} были установлены с эмоциональной отстраненностью (N2) ($r = -0,275$; $p < 0,05$), положительная связь наблюдалась с соматической озабоченностью (G1) ($r = 0,322$; $p < 0,05$) и тревогой (G2) ($r = 0,282$; $p < 0,05$). Индекс агрессивных намерений (АНн) отрицательно коррелировал с эмоциональной отстраненностью (N2) ($r = -0,270$; $p < 0,05$) и положительно с соматической озабоченностью (G1) ($r = 0,400$; $p < 0,01$; $p < 0,01$). Индекс враждебных намерений в преднамеренных ситуациях (ВНп) и балл преднамеренности (БПп) коррелировали с соматической озабоченностью (G1) ($r = 0,378$; $p < 0,05$; $r = 0,324$; $p < 0,05$). В свою очередь, БПп дополнительно коррелировал с некооперативностью (G8) ($r = 0,282$; $p < 0,05$). Балл за «злость» (БЗп) был связан с враждебностью (P7) ($r = 0,310$; $p < 0,05$) и некооперативностью (G8) ($r = 0,306$; $p < 0,05$). Балл обвинения (БОп) также продемонстрировал корреляцию с некооперативностью (G8) ($r = 0,274$; $p < 0,05$); индекс обвинения в преднамеренных ситуациях АИН_{Qп} был связан с враждебностью (P7) ($r = 0,311$; $p < 0,05$), соматической озабоченностью (G1) ($r = 0,313$; $p < 0,05$) и некооперативностью (G8) ($r = 0,277$; $p < 0,05$). Индекс АНп коррелировал с соматической озабоченностью (G1) ($r = 0,264$; $p < 0,05$). У индекса враждебных намерений в случайных ситуациях (ВНс) отмечалась единственная корреляционная связь с пунктом N1 (уплощение аффекта) ($r = 0,332$; $p < 0,05$). Балл за обвинение в случайных ситуациях (БОс) был связан с грандиозностью (P5) ($r = 0,297$; $p < 0,05$). Индекс агрессивных намерений в случайных ситуациях (АНс) — с нарушением критики и осознанием болезни (G12) ($r = 0,279$; $p < 0,05$).

Достоверные корреляционные связи индексов и баллов АИН_Q с показателями PANSS в группе пациентов с шизоаффективным расстройством были получены между индексом ВНн и возбуждением (P4) ($r = 0,498$; $p < 0,01$), грандиозностью

(P5) ($r = 0,459$; $p < 0,05$), нарушением внимания (G11) ($r = 0,419$; $p < 0,05$), недостаточным контролем импульсивности (G14) ($r = 0,509$; $p < 0,01$). Отрицательная корреляционная связь выявлена между ВНн и недостаточным раппортом (N3) ($r = -0,382$; $p < 0,05$). Балл обвинения в неоднозначных ситуациях (БОн) с пунктом G8 (некооперативность) ($r = 0,376$; $p < 0,05$). Индекс АНн отрицательно коррелировал с концептуальной дезорганизацией (P2) ($r = -0,512$; $p < 0,05$). Индекс АНQп продемонстрировал отрицательную связь с нарушением критики и осознанием болезни (G12) ($r = -0,385$; $p < 0,05$). Индекс АНп коррелировал с некооперативностью (G8) ($r = 0,511$; $p < 0,05$). БПс отрицательно коррелировал с суммой P PANSS ($r = -0,472$; $p < 0,05$) и нарушением критики и осознанием болезни (G12) ($r = -0,522$; $p < 0,01$), положительные корреляции БПс отмечались с нарушением абстрактно-символического мышления (N5) ($r = 0,460$; $p < 0,05$) и соматической озабоченностью (G1) ($r = 0,456$; $p < 0,05$); Балл за «злость» (БЗс) продемонстрировал отрицательные связи с суммой P PANSS ($r = -0,491$; $p < 0,01$), с бредом (P1) ($r = -0,392$; $p < 0,05$), нарушением критики (G12) ($r = -0,512$; $p < 0,01$) и положительно коррелировал с пунктом N7 (стереотипность мышления) ($r = 0,384$; $p < 0,05$). Балл обвинения (БОс) отрицательно коррелировал с суммой P PANSS ($r = -0,455$; $p < 0,01$), с пунктом G9 (мысли с необычным содержанием) ($r = -0,384$; $p < 0,05$), с нарушением критики и осознанием болезни (G12) ($r = -0,604$; $p = 0,01$). Положительные связи БОс были выявлены с суммой баллов подшкалы N PANSS ($r = 0,390$; $p < 0,05$), пунктом N5 (трудности в абстрактном мышлении) ($r = 0,507$; $p < 0,01$) и чувством вины (G3) ($r = 0,379$; $p < 0,05$). Индекс АНQс отрицательно коррелировал с суммой подшкалы P ($r = -0,530$; $p < 0,01$), с бредом (P1) ($r = -0,425$; $p < 0,05$), с нарушением критики и осознанием болезни (G12) ($r = -0,607$; $p < 0,01$). Положительная корреляция АНQс наблюдалась с показателем пункта PANSS, оценивающего трудности в абстрактном мышлении (N5) ($r = 0,510$; $p < 0,01$).

Корреляционные связи были получены между следующими индексами и баллами АНQ и суммой баллов RAD-15 в группе пациентов с шизоаффективным расстройством (оцененные методом Пирсона): с индексом ВНп ($r = 0,530$; $p < 0,01$),

БПп ($r = 0,419$; $p < 0,05$), БОп ($r = 0,439$; $p < 0,05$), индексами АИИОп ($r = 0,463$; $p < 0,05$) и с АИп ($r = 0,475$; $p < 0,05$).

При исследовании связей АИИО с показателями шкалы личностного и социального функционирования (PSP) методом Спирмена получены данные о достоверных корреляционных связях в группе пациентов с шизофренией между баллом «за злость» в неоднозначных ситуациях (БЗн) и социально полезной деятельностью, включая работу и учебу (а) (отрицательная корреляция) ($r = -0,325$, $p < 0,05$); баллом за обвинение в неоднозначных и преднамеренных ситуациях БОн, БОп и социально полезной деятельностью, включая работу и учебу (а) (отрицательная корреляция) ($r = -0,285$, $p < 0,05$; $r = -0,354$, $p < 0,01$). Индекс АИп также продемонстрировал отрицательную корреляционную связь с социально полезной деятельностью, включая работу и учебу (а) ($r = -0,263$, $p < 0,05$), и положительно коррелировал с беспокоящим и агрессивным поведением (д) ($r = 0,345$, $p < 0,05$). В группе пациентов с шизоаффективным расстройством значимых корреляционных связей между индексами и баллами АИИО и показателями шкалы PSP обнаружено не было.

В результате корреляционного анализа в нозологических группах пациентов выявлено значительное количество корреляций как в группе пациентов с параноидной формой шизофрении, так и с шизоаффективным расстройством, между клиническими, социально-когнитивными показателями и параметрами личностного и социального функционирования с неоднородностью полученных связей между группами. Необходимо подчеркнуть, что наибольшее количество полученных связей были слабыми или умеренными, высоких и весьма высоких корреляций по шкале Чеддока получено не было. К наиболее значимым, чаще умеренным связям, в группе пациентов с шизофренией можно отнести связи между изолированными пунктами PANSS и баллами, и индексами АИИО. В частности, пункты P5 (грандиозность) и P7 (враждебность) умеренно коррелируют с индексом, демонстрирующим враждебность в неоднозначных ситуациях (ВНн); агрессивные намерения в ситуациях преднамеренных (АИп) демонстрируют связи с суммой баллов RAD-15 наряду с выявленными слабыми связями других индексов

и баллов АИHQ. Важным и ожидаемым результатом можно считать умеренные связи между суммами баллов методик RAD-15 и «Понимание намека». Сумма баллов методики «Понимание намека» отрицательно коррелировала с пунктом N7 PANSS, что показывает нарушения ВМСД во взаимосвязи с высоким показателем стереотипности мышления. Связь негативной симптоматики с дефицитом социального познания также подчеркивает отрицательная корреляция суммы баллов RAD-15 с суммой баллов подшкалы негативных симптомов PANSS. Связь нарушений социального познания и социального функционирования подчеркивают выявленные умеренные отрицательные корреляции суммы баллов методики RAD-15 с областями функционирования, отвечающими за социально полезную деятельность, включая работу, и учебу (а), и самообслуживание (с) PSP.

В группе пациентов с шизоаффективным расстройством также необходимо подчеркнуть наиболее сильные связи между показателями шкал и методик. Значения индекса ВНн умеренно коррелировало с возбуждением, нарушениями внимания, грандиозностью и заметно с недостаточным контролем импульсивности при оценке по PANSS. Индекс АНп заметно коррелировал с некооперативностью (G8). Особенностью связей в группе пациентов с шизоаффективным расстройством можно считать отрицательные корреляции с пунктами подшкалы позитивных симптомов PANSS и значениями баллов АИHQ в случайных ситуациях, наряду с имеющимися умеренными положительными корреляциями с пунктами PANSS, оценивающими негативную симптоматику — N5 (трудности в абстрактном мышлении) и N7 (стереотипность мышления). Другой особенностью, сопоставимой с результатами корреляционного анализа в группе пациентов с шизофренией, являются умеренные и заметные корреляционные связи суммы баллов RAD-15 с индексами и баллами в преднамеренных ситуациях шкалы АИHQ (ВНп, АИHQп, АНп, БПп, БОп).

Как в группе пациентов с шизофренией, так и в группе пациентов с шизоаффективным расстройством выявлены заметные связи между суммой баллов методики RAD-15 и показателями PSP: с социально-полезной деятельностью, включая работу и учебу (а), личным и социальным взаимодействием (б) и

самообслуживанием (с). Полученные результаты указывают на взаимосвязи дефицита социального познания с объективными параметрами личностного и социального функционирования в обеих группах, независимо от нозологической принадлежности пациентов.

3.1.4. Определение мишеней психосоциальной терапии у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством

Одним из принципов психосоциальной терапии является направленность и дифференцированность воздействий, что предполагает проведение диагностики имеющихся расстройств с выделением ведущих дефицитов у конкретного пациента, которые и становятся мишенью психосоциальной (включая когнитивную) терапии, а также определяют ее форму и методы. Традиционно мишенями терапии шизофрении и расстройств шизофренического спектра выступают позитивная, негативная симптоматика, нейрокогнитивный, социально-когнитивный дефицит и нарушения социального функционирования. Однако в условиях реальной клинической практики данный подход представляется сверхобобщающим, поскольку существует множество вариантов сочетания различных позитивных и негативных симптомов, проявлений нейрокогнитивного, социально-когнитивного дефицита и нарушений социального функционирования, в связи с чем становится актуальным выделение основных типов таких сочетаний. С этой целью все клинические, социально-демографические и социально-когнитивные параметры в исследуемой выборке пациентов были изучены с помощью факторного анализа. В результате удалось выделить ведущие домены, которые позволили дифференцировать выборку на соответствующие подгруппы, характеризующиеся уникальной совокупностью признаков.

1. Подгруппа «пациентов с риском проявления агрессии». Первый домен включал большинство показателей шкалы АИНО, среди которых наибольшей факторной нагрузкой (0,79–0,96) обладали индексы и баллы, оценивающие уровень обвинения, «реакции злобы», преднамеренности и агрессивных намерений в преднамеренных и неоднозначных ситуациях, и в меньшей степени, в случайных

ситуациях (АИHQп, АИHQн, АИHQс, АНн, АНп, АНс БОп, БЗп, БЗн, БПп, БПн, БПс, БОн, БОс, БЗс, ВНп, ВНн, ВНс). Также пациенты данной группы демонстрировали высокий показатель по пунктам «враждебность» (P7), «некооперативность» (G8) PANSS. Отмечались эпизоды агрессивного поведения (в течение месяца), оцененные при помощи шкалы PSP (область функционирования d). Параметры социально-когнитивного функционирования характеризовались высоким баллом RAD-15, но при этом имелись сложности в распознавании эмоции удивления в тесте на распознавание эмоций «Лица Экмана».

В подгруппе отмечалась взаимосвязь возраста с уровнем показателей по шкале АИHQ. Более зрелые пациенты демонстрировали более высокие значения индексов и баллов шкалы, указывающих на риск проявления агрессии (критерий корреляции Пирсона, $r = -0,268$, $p = 0,05$). Это позволяет предположить менее значимые нарушения атрибуции у более молодого контингента больных.

2. Подгруппа «пациентов с преобладающей негативной симптоматикой». Домен объединял пациентов с высокой суммой баллов шкалы PANSS, и, в частности, подшкалы негативных симптомов. У пациентов отмечались признаки уплощения аффекта (N1), эмоциональной отстраненности (N2), снижение интереса и инициативы при социальных контактах (N4). Позитивная симптоматика была представлена галлюцинаторными переживаниями (P3). Бредовая симптоматика при этом отсутствовала или не была ведущей в психическом статусе. Сумма баллов по шкале общих психопатологических симптомов PANSS была высокой. Уровень апатии, оцененный специалистом, был высоким (AES-C), что, вместе с тем, не коррелировало с данными самоопросника (AES-S). Пациенты характеризовались дисфункцией ВМСД, на что указывали низкие баллы по методике «Понимание намека» и нарушение идентификации эмоции гнева при оценке по тесту на распознавание эмоций «Лица Экмана». В подгруппе отмечалась связь между длительностью течения психического расстройства и выраженностью негативных расстройств. Пациенты с более длительным течением обнаруживали более высокие баллы подшкалы N PANSS.

3. Подгруппа «пациентов с ведущей позитивной симптоматикой». Особенности подгруппы были высокие показатели подшкалы позитивных симптомов PANSS, а также пунктов, оценивающих бред (P1), подозрительность/преследование (P6), враждебность (P7) и галлюцинаторное поведение (P3). Критика пациентов к имеющимся расстройствам была нарушена (G12), имелись сложности с регуляцией и контролем импульсивности (G14), при этом отмечалась отрицательная корреляция с чувством вины (G3). Пациенты данной подгруппы характеризовались некооперативностью (G8), враждебностью в неоднозначных ситуациях, при оценке при помощи шкалы АИИО (индекс ВИИ).

4. Подгруппа «пациентов с нарушением личностного и социального функционирования». Четвертая подгруппа демонстрировала нарушения параметров социального функционирования, отраженных в низких показателях общего балла шкалы PSP и в областях социально полезной деятельности, включая работу и учебу (а), отношений с близкими и прочими социальными отношениями (b) и самообслуживании (с). Пациенты характеризовались стереотипным мышлением (N7), враждебностью (ВИИ) и высоким баллом преднамеренности в неоднозначных ситуациях (БИИ). Отмечался дефицит ВМСД, на что указывала отрицательная корреляция с суммой баллов методики «Понимание намека».

Выделенные подгруппы нами были проанализированы с точки зрения преобладания в них пациентов, в зависимости от установленного диагноза. В подгруппах «пациентов с преобладающей негативной симптоматикой», «пациентов с ведущей позитивной симптоматикой», а также «пациентов с нарушением личностного и социального функционирования» доминировали пациенты с параноидной формой шизофрении ($p < 0,05$). Подгруппа «пациентов с риском проявления агрессии» не имела значимых различий по преобладанию пациентов с тем или иным установленным диагнозом ($p > 0,05$).

На основании характеристик вышеописанных подгрупп были выделены мишени психосоциальной терапии для пациентов с параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством:

1. Искажение процесса атрибуции с формированием враждебного атрибутивного стиля, а также нарушение регуляции и контроля импульсивности как фактора проявления агрессии.

2. Негативная симптоматика, которая характеризуется доминирующим дефицитом эмоциональной экспрессии и апатическими расстройствами.

3. Позитивная симптоматика, которая проявляется подозрительностью, нарушениями критического осмысления имеющегося психического состояния.

4. Нарушения социального функционирования, которые выражаются в трудовой дезадаптации, утрате интереса и инициативы при межличностном взаимодействии, в проблемах, связанных с самообслуживанием и решением бытовых задач.

5. Нарушение распознавания эмоций по лицевой экспрессии, внутренней модели сознания другого и, как результат такого дефицита — нарушение межличностного взаимодействия.

Соответственно, программы психосоциальной терапии для когорты пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством, изучаемой в рамках настоящего исследования, должны быть направлены на вышеописанные мишени с акцентом воздействия на доминирующие нарушения.

Одной из таких программ является метакогнитивный тренинг (Moritz S., Woodward T. S., 2007), который содержит в своей структуре модули, направленные на коррекцию искажений атрибутивного стиля и преждевременные умозаключения, что, учитывая точку зрения о взаимосвязи описанных нарушений с бредообразованием и поддержанием бреда, способствует редукции позитивной симптоматики. МКТ также включает модули, направленные на улучшение способности распознавания эмоций и дефицит ВМСД, а также на ресоциализацию пациентов в связи с повышением коммуникативных навыков. Влияние на искажения атрибутивного стиля, а также нарушение распознавания лицевой экспрессии и ВМСД создает условия для снижения враждебности, обвинения окружающих и проявления агрессии. Включенный в современный вариант

программы МКТ модуль, направленный на коррекцию депрессивных когнитивных схем и сниженную самооценку, способствует снижению выраженности тревожно-депрессивных расстройств. Групповой формат проведения тренинга обеспечивает неспецифическое активирующее воздействие на эмоционально-волевую сферу участников, что может уменьшать выраженность эмоциональной отстраненности и апатии.

Таким образом, МКТ в той или иной степени может влиять на все мишени психосоциальной терапии, выделенные в настоящем исследовании. Однако выраженность достигнутых улучшений будет отличаться, в связи с чем представляется актуальным определить степень воздействия МКТ на различные терапевтические мишени. Для решения этой задачи проводилось сопоставление клинических проявлений, социально-когнитивных характеристик и параметров личностного и социального функционирования в основной и контрольной группах.

3.2. Сравнительный анализ социально-демографических, клинических и нозологических характеристик основной и контрольной групп

В основную группу вошли 40 пациентов, завершивших исследование, то есть пациенты, завершившие программу МКТ, либо прошедшие не менее пяти модулей тренинга. Диагноз параноидная шизофрения был установлен в 26 (65%) случаях и 14 (35%) пациентов получали лечение по поводу шизоаффективного расстройства. Эпизодический тип течения ($n = 23$, 88,5%) превалировал над непрерывным ($n = 3$, 11,5%). В основной группе преобладали женщины ($n = 29$, 72,5%) над мужчинами ($n = 11$, 27,5%), средний возраст превышал 30 лет ($32,5 \pm 8,8$ у мужчин и $35,3 \pm 8,8$ у женщин). Большая часть пациентов не состояла в браке: были холосты/не замужем 22 человека (55%), разведены – 10 человек (25%) и только 8 (20%) находились в браке. Среднее количество госпитализаций в стационарные отделения было равно $3,0 \pm 2,3$, а среднее количество помещений в дневной стационар находилось на уровне $1,3 \pm 0,5$. Образовательный уровень соответствовал полученному высшему образованию в 26 случаях (65%), неоконченное высшее образование получили пять пациентов группы (12,5%), основное общее и среднее образование было у трех

участников группы (7,5%), среднее специальное — у шести (15%). Все пациенты основной группы получали комплексную терапию, которая включала стандартное медикаментозное лечение (в зависимости от установленного диагноза) и участие в программе «Метакогнитивный тренинг» для пациентов с психотическими расстройствами.

Стандартное лечение осуществлялось лечащим врачом — психиатром, который определял выбор фармакологической терапии, а также сроки лечения, исходя из актуального клинического состояния пациента и в соответствии с клиническими рекомендациями. Во время проведения исследования пациенты основной группы получали следующее фармакологическое лечение: монотерапию антипсихотиками первого поколения (АПП) получали 13 (32,5%) пациентов; монотерапию антипсихотиками второго поколения (АВП) — 21 (52,5%) пациент; комбинацию двух и более антипсихотических средств — 6 (15%) пациентов; пролонгированные формы антипсихотических средств — 12 (30%) пациентов. Антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина получали шесть пациентов (15%), антипаркинсонические средства — 29 (72,5%) участников исследования, нормотимики назначались в 17 (42,5%) случаях.

Контрольная группа была представлена 45 пациентами, которые не участвовали в метакогнитивном тренинге и других тренингах или структурированных модулях психосоциальной терапии и были включены в лист ожидания. Нозологическая структура контрольной группы была представлена пациентами с параноидной формой шизофрении в 31 случае (69%), эпизодический тип течения, как и в основной группе, превалировал над непрерывным ($n = 25$ (80,6%) vs $n = 6$ (19,4%)). В контрольной группе также преобладали женщины ($n = 29$, 64,5%) над мужчинами ($n = 16$, 35,5%), средний возраст мужчин составил $27,6 \pm 4,9$ лет, женщин — $34,3 \pm 7,2$ года. Подавляющее количество пациентов данной группы не имели собственной семьи, а именно, были холосты/не замужем 33 человека (73,3%), разведены — шесть пациентов (13,3%), один был вдовцом (2,2%), и только пять человек (11,1%) состояли в браке. Среднее количество

госпитализаций в стационарные отделения – $2,8 \pm 2,8$, а среднее количество помещений в дневные стационары – $1,6 \pm 1,2$. Уровень образования обследуемых контрольной группы соответствовал полученному высшему образованию в 18 случаях (40%), неоконченному высшему образованию соответствовали 13 пациентов группы (28,9%), среднее образование было получено тремя пациентами (6,67%), среднее специальное – 11 пациентами (24,4%).

Все пациенты контрольной группы на момент проведения исследования получали стандартное медикаментозное лечение, которое, в зависимости от установленного диагноза, включало использование антипсихотических препаратов, корректоров экстрапирамидных расстройств, стабилизаторов настроения, антидепрессантов. Монотерапию АПП получали 15 пациентов (33,3%), монотерапию АВП – 21 пациент (46,7%), комбинацию двух и более антипсихотических средств – 9 (20%), пролонгированные формы антипсихотических средств – 26 (58%). Антидепрессанты получали 12 пациентов (26%), антипаркинсонические препараты – 25 (55,5%) участников исследования, нормотимики были назначены в 11 случаях (24,4%).

Интенсивность антипсихотической терапии в основной группе соответствовала $333,4 \pm 190,7$ мг в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент, в контрольной группе данный показатель находился на уровне $315,5 \pm 200,4$ мг ($p > 0,05$).

Таблица 3.8 – Социально-демографические, нозологические и клинические характеристики обследованных групп пациентов

Показатель	Значение		Уровень значимости, р
	Основная группа (n = 40)	Контрольная группа (n = 45)	
Пол (n, %):			
мужчины (n, %)	11 (27,5%)	16 (35,5%)	> 0,05
женщины (n, %)	29 (72,5%)	29 (64,5%)	> 0,05
Возраст (лет):	34,70±8,8	31,93±7,26	> 0,05
мужчины	32,5±8,8	27,6±4,9	
женщины	35,3±8,8	34,3±7,2	
Семейное положение:			
холост/не замужем (n, %)	22 (55%)	33 (73,3%)	> 0,05
женат/замужем (n, %)	8 (20%)	5 (11,1%)	> 0,05
разведен (-а) (n, %)	10 (25%)	6 (13,3%)	> 0,05
вдовец (n, %)	0 (0%)	1 (2,2%)	> 0,05
Диагноз (n, %):			
Шизофрения параноидная	26 (65%)	31 (69%)	> 0,05
Шизоаффективное расстройство	14 (35%)	14 (31%)	> 0,05
Количество госпитализаций в стационар (средн.)	3,0±2,3	2,8±2,8	> 0,05
Количество помещений в дневной стационар (средн.)	1,3±0,5	1,6±1,2	> 0,05
Трудовой стаж до болезни (лет)	6,9±6,9	4,5±4,5	> 0,05

Продолжение Таблицы 3.8

Показатель	Значение		Уровень значимости, p
	Основная группа (n = 40)	Контрольная группа (n = 45)	
Образование (n, %):			
основное общее	1 (2,5%)	0 (0%)	> 0,05
среднее	2 (5%)	3 (6,7%)	> 0,05
среднее специальное	6 (15 %)	11 (24,4%)	> 0,05
неоконченное высшее	5 (12,5%)	13 (28,9%)	> 0,05
высшее	26 (65%)	18 (40%)	< 0,05

У пациентов основной и контрольной групп с шизофренией при госпитализации в отделения круглосуточного стационара выявлялась бредовая и псевдогаллюцинаторная симптоматика, а у пациентов с шизоаффективным расстройством — аффективно-бредовая симптоматика.

Таким образом, основная и контрольная группы были сопоставимы по полу, возрасту, установленному диагнозу, длительности и активности болезненного процесса и большинству других параметров ($p > 0,05$, Таблица 3.8). В обеих группах это были пациенты молодого трудоспособного возраста, преимущественно женского пола, с высоким образовательным статусом, непродолжительным трудовым стажем до болезни и в большинстве случаев не имеющие собственной семьи. Статистически значимо различалось ($p < 0,05$) только количество пациентов, имевших оконченное высшее образование (больше в основной группе).

ГЛАВА 4. ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ПАРАМЕТРОВ ЛИЧНОСТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОСНОВНОЙ И КОНТРОЛЬНОЙ ГРУПП

В данной главе будут представлены результаты влияния метакогнитивного тренинга на клиническую симптоматику, в том числе, выраженность апатии и негативных расстройств, на социально-когнитивные нарушения и показатели социального функционирования у пациентов с параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством.

4.1. Динамика клинико-психопатологических показателей и параметров личностного и социального функционирования в основной и контрольной группах

4.1.1. Динамика показателей шкалы позитивной и негативной симптоматики (PANSS)

В основной и контрольной группах на этапе включения в исследование общий балл PANSS находился в диапазоне от 50 до 80, то есть пациенты обеих групп характеризовались отсутствием острой психотической симптоматики. Среднее значение общего балла в основной группе составило $68,40 \pm 9,56$, в контрольной группе – $68,41 \pm 8,67$, при $p > 0,05$. Таким образом, на этапе включения в исследование основная и контрольная группы значимо не различались по выраженности психопатологической симптоматики.

Динамика показателей PANSS в основной группе после завершения участия пациентов в МКТ демонстрировала статистически значимое снижение как общего балла PANSS, так и суммы баллов всех подшкал. При этом общий балл PANSS снизился на 19,72 пунктов и составил $48,68 \pm 9,15$ ($p < 0,001$), а по подшкалам наиболее выраженное снижение отмечалось по подшкале общих

психопатологических симптомов – на 10,62 пунктов до 25,63±5,36 баллов ($p < 0,001$). В контрольной группе также выявлено статистически значимое улучшение психического состояния, что отражалось в снижении баллов PANSS. Общий балл на этапе повторного обследования снизился на 16,46 пунктов и составил 51,95±8,64 ($p < 0,001$), сумма баллов подшкалы общих психопатологических симптомов — на 7,61 пунктов и составила 27,48±3,92 баллов ($p < 0,001$). В основной группе при сравнении с контрольной при повторном обследовании статистически значимых различий в общем балле, а также в баллах по подшкалам позитивных, негативных и общих психопатологических симптомов не выявлено. Полученные результаты говорят о сопоставимом улучшении психического состояния пациентов в основной и контрольной группах на момент второго обследования по показателю общего балла PANSS и сумм баллов подшкал, независимо от участия в программе МКТ (Таблица 4.1; Таблица 4.2).

Таблица 4.1 – Динамика показателей по PANSS в основной и контрольной группах

Показатели	Основная группа, n = 40			Контрольная группа, n = 45		
	I обследование	II обследование	p	I обследование	II обследование	p
Подшкала позитивных симптомов PANSS (среднее, CO)	14,35±3,33	9,55±1,85	0,001	14,98±3,49	10,5±2,58	0,001
Подшкала негативных симптомов PANSS (среднее, CO)	17,9±4,47	13,5±3,64	0,001	18,34±3,95	13,98±3,53	0,001

Продолжение Таблицы 4.1

Показатели	Основная группа, n = 40			Контрольная группа, n = 45		
	I обследование	II обследование	p	I обследование	II обследование	p
Подшкала общих симптомов PANSS (среднее, CO)	36,25±4,93	25,63±5,36	0,001	35,09±4,76	27,48±3,92	0,001
Общий балл PANSS (среднее, CO)	68,40±9,56	48,68±9,15	0,001	68,41±8,67	51,95±8,64	0,001

Однако, принимая во внимание данные зарубежных исследований (Chen Q. et al., 2021), и на основании потенциально возможного влияния МКТ на определенные симптомы психических расстройств, в группах сравнения были сопоставлены показатели следующих пунктов PANSS: P1, P5, P6, N3, G8, G11, G12, G16, полученные при втором обследовании (Таблица 4.2). В пунктах P1 (бред) и P5 (грандиозность) статистически значимых различий при сопоставлении основной и контрольной групп не отмечалось. В пункте P6 (подозрительность/преследование) выявлены значимые межгрупповые различия — улучшение показателей в основной группе ($1,75 \pm 0,63$ vs $2,18 \pm 0,97$, $p < 0,05$), что демонстрирует влияние МКТ на параметр «подозрительность/преследование». Данный эффект объясняется тем, что с пациентами в рамках сессий МКТ обсуждаются примеры искажения процесса атрибуции, преждевременных заключений, затрагиваются вопросы неверной интерпретации в отношении потенциальной угрозы, рассматриваются альтернативные точки зрения, необходимые для составления обоснованного умозаключения по тому или иному факту объективной реальности. Значимое улучшение показателей в основной группе при сравнении с контрольной получено в пункте N3 (недостаточный раппорт) – $1,68 \pm 0,7$ vs $2,09 \pm 0,77$ ($p < 0,05$), в связи с чем можно предполагать улучшение коммуникативных навыков пациентов за счет

неспецифического активирующего воздействия группового формата МКТ. Среди параметров общей психопатологической симптоматики зафиксированы улучшения показателей в основной группе по сравнению с контрольной по пункту G8 (некооперативность) – $1,55 \pm 0,74$ vs $2,41 \pm 0,89$ ($p < 0,05$), пункту G12 (снижение рассудительности/критики и осознания болезни) – $1,95 \pm 0,81$ vs $2,50 \pm 0,84$ ($p < 0,05$), пункту G16 (активное социальное уклонение) – $1,95 \pm 0,81$ vs $2,50 \pm 0,84$, ($p < 0,05$). Уменьшение «некооперативности» проявлялось в рамках контакта пациента с врачом, а учитывая значимое улучшение социального функционирования в области отношений с близкими и прочих социальных отношений (b) по шкале PSP ($p < 0,05$) и положительную динамику баллов пункта G16 (активное социальное уклонение), можно говорить о позитивном влиянии МКТ на кооперативность пациентов и межличностное взаимодействие, а значит, и на просоциальную активность. Статистически значимое снижение балла G12 (снижение рассудительности/критики и осознания болезни) отражает улучшение осознания имеющегося расстройства в основной группе.

Таблица 4.2 – Сопоставление показателей PANSS в основной и контрольной группах при втором обследовании

Показатели	Основная группа, n = 40 (среднее, CO)	Контрольная группа, n = 45 (среднее, CO)	Уровень значимости, p
P1	$1,55 \pm 0,63$	$1,77 \pm 0,85$	$> 0,05$
P5	$1,18 \pm 0,44$	$1,09 \pm 0,29$	$> 0,05$
P6	$1,75 \pm 0,63$	$2,18 \pm 0,97$	$< 0,05$
N3	$1,68 \pm 0,79$	$2,09 \pm 0,77$	$< 0,005$
G8	$1,55 \pm 0,74$	$2,41 \pm 0,89$	$< 0,05$
G11	$1,33 \pm 0,52$	$1,66 \pm 0,56$	$< 0,005$
G12	$2,33 \pm 0,76$	$2,86 \pm 0,66$	$< 0,05$
G16	$1,95 \pm 0,81$	$2,50 \pm 0,84$	$< 0,05$
Подшкала позитивных симптомов PANSS	$9,55 \pm 1,85$	$10,5 \pm 2,58$	$> 0,05$

Продолжение Таблицы 4.2

Показатели	Основная группа, n = 40 (среднее, СО)	Контрольная группа, n = 45 (среднее, СО)	Уровень значимости, p
Подшкала негативных симптомов PANSS	13,5±3,64	13,98±3,53	> 0,05
Подшкала общих симптомов PANSS	25,63±5,36	27,48±3,92	> 0,05
Общий балл PANSS	48,68±9,15	51,95±8,64	> 0,05

Отдельным параметром, который используется при оценке психического состояния при помощи шкалы PANSS, служит так называемый «ядерный бред» (англ.: core delusions) (Chen Q. et al., 2021), который представляет собой сумму баллов P1, P5 и P6. Учитывая направленность МКТ на атрибутивный стиль и принимая во внимание позицию о возможной связи бредообразования и поддержания бреда с искажением атрибуции, была проведена оценка этого показателя как внутри групп сравнения в динамике, так и между группами на момент второго обследования (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Динамика показателя «ядерный бред» в основной и контрольной группах

Показатель	Основная группа, n = 40			Контрольная группа, n = 45		
	I обследование (среднее, СО)	II обследование (среднее, СО)	p	I обследование (среднее, СО)	II обследование (среднее, СО)	p
«Ядерный бред»	7,10±2,15	4,48±1,22	< 0,001	6,90±1,91	4,90±1,69	< 0,001

Примечание – p – уровень значимости.

Динамика показателя «ядерный бред» характеризовалась его статистически значимым снижением при втором обследовании в основной группе ($4,48 \pm 1,22$, $p < 0,001$) и в контрольной группе ($4,90 \pm 1,69$, $p < 0,001$). При сопоставлении показателя между основной и контрольной группами как при первом ($p > 0,05$), так и при втором обследовании ($p > 0,05$) статистически значимых различий не отмечалось.

Таким образом, можно сделать вывод об отсутствии влияния МКТ на параметр «ядерный бред», что, вероятно, связано с отсутствием значимых различий в пунктах P1 (бред) и P5 (грандиозность) PANSS. При этом, как было отмечено ранее, в основной группе имеется достоверная ($p < 0,05$) положительная динамика по пунктам P6 (подозрительность/преследование), N3 (недостаточный раппорт), G8 (некооперативность), G12 (снижение рассудительности/критики и осознания болезни), G16 (активное социальное уклонение), что позволяет говорить о позитивном влиянии МКТ на подозрительность, осознание имеющегося психического расстройства и просоциальную активность.

4.1.2. Динамика показателей шкалы оценки депрессии при шизофрении Калгари (CDSS)

При оценке эмоциональной сферы пациентов основной и контрольной групп с целью выявления депрессивного состояния использовалась шкала оценки депрессии при шизофрении Калгари (CDSS). Полученные результаты приведены в таблице 4.4.

Таблица 4.4 – Динамика показателей суммы баллов CDSS

Показатель	Основная группа, n = 40			Контрольная группа, n = 45		
	I обследование (среднее, CO)	II обследование (среднее, CO)	P	I обследование (среднее, CO)	II Обследование (среднее, CO)	P
CDSS	4,75±2,88	3,08±2,76	< 0,05	3,77±2,75	3,50±2,03	> 0,05

Примечание – p – уровень значимости.

На момент включения в исследование средний балл по шкале CDSS не превышал восьми как в основной ($4,75 \pm 2,88$), так и в контрольной ($3,77 \pm 2,75$) группе, что говорит об отсутствии у пациентов умеренной или тяжелой депрессии. Хотя средний показатель в контрольной группе был ниже примерно на один балл, группы были сопоставимы на этапе первого обследования ($p > 0,05$). В динамике при повторном обследовании в основной группе было выявлено снижение суммы баллов CDSS, достигающее уровня статистической значимости ($p < 0,05$). В контрольной группе значимых различий в динамике показателей CDSS не отмечалось ($p > 0,05$).

При сопоставлении показателей CDSS между основной группой после завершения пациентами программы МКТ ($3,08 \pm 2,76$ баллов) и повторным обследованием пациентов контрольной группы ($3,50 \pm 2,03$), статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, и в основной, и в контрольной группах на момент первого обследования выявляются легкие депрессивные расстройства, интенсивность которых снижается ко второму обследованию, но статистически значимым и выраженным это снижение является только для основной группы. Данный результат указывает на положительное влияние МКТ на легкие депрессивные расстройства, что объясняется наличием в программе отдельного модуля, направленного на коррекцию негативных мыслей и сниженной самооценки, что способствует ослаблению депрессивной симптоматики.

4.1.2. Динамика показателей шкалы оценки апатии (AES)

Обследование с помощью AES состояло из двух частей:

- 1) самостоятельное заполнение пациентами самоопросника (AES-S);
- 2) полуструктурированное интервью, которое проводил врач-исследователь с последующим внесением его результатов в бланк клинической версии шкалы оценки апатии (AES-C). Далее, согласно инструкции, выполнялась перекодировка

результатов с последующим суммированием показателей ответов на отдельные вопросы и получением общего балла (Таблицы 4.5, 4.6).

Характер распределения ответов по обеим версиям шкалы оценки апатии AES-S и AES-C при первом и втором обследовании в основной и контрольной группах соответствовал нормальному распределению.

Таблица 4.5 – Распределение ответов пациентов основной и контрольной групп по шкале AES-S в динамике

AES-S Вопросы шкалы	Основная группа, n = 40		Контрольная группа, n = 45	
	I обследование (среднее, СО)	II обследование (среднее, СО)	I обследование (среднее, СО)	II обследование (среднее, СО)
1	1,38±0,59	1,60±0,71	1,41±0,66	1,36±0,57
2	1,70±0,79	1,73±0,64	1,77±0,57	1,80±0,67
3	1,55±0,55	1,60±0,59	1,73±0,69	1,75±0,75
4	1,70±0,82	1,68±0,80	1,57±0,70	1,52±0,63
5	1,55±0,64	1,58±0,75	1,56±0,66	1,51±0,63
6	2,38±0,90	2,40±0,84	2,64±0,81	2,11±0,72
7	1,80±0,82	1,75±0,71	1,95±0,83	1,82±0,69
8	1,75±0,71	1,60±0,71	2,00±0,84	1,77±0,77
9	2,08±0,83	1,75±0,78	1,86±0,82	1,80±0,70
10	1,68±0,83	1,80±0,65	1,73±0,82	1,75±0,72
11	2,18±0,93	2,25±0,87	2,23±0,80	2,09±0,74
12	1,63±0,81	1,73±0,75	1,34±0,65	1,50±0,67
13	1,73±0,64	1,75±0,71	1,55±0,73	1,75±0,78
14	1,85±0,80	1,73±0,64	1,66±0,71	1,66±0,75
15	2,00±0,75	1,83±0,68	1,86±0,70	1,89±0,62
16	2,00±0,75	1,65±0,70	1,93±0,76	1,84±0,65
17	2,15±0,92	2,08±0,80	2,11±0,87	2,07±0,87
18	1,83±0,71	1,68±0,62	1,77±0,83	1,80±0,82
Общий балл	32,90±7,42	33,58±7,38	32,68±7,10	31,77±7,19

Таблица 4.6 – Распределение ответов пациентов основной и контрольной групп по шкале AES-C в динамике

AES- C	Основная группа, n = 40		Контрольная группа, n = 45		
	Вопросы шкалы	I обследование (среднее, CO)	II обследование (среднее, CO)	I обследование (среднее, CO)	II обследование (среднее, CO)
1		2,00±0,80	1,60±0,71	2,02±0,70	1,91±0,60
2		2,23±0,80	1,70±0,69	2,16±0,53	2,14±0,51
3		1,85±0,66	1,73±0,75	2,32±0,60	2,20±0,55
4		2,18±0,84	2,08±0,89	2,23±0,57	2,11±0,54
5		2,13±0,79	2,25±0,78	2,18±0,69	2,14±0,67
6		2,58±0,90	2,38±0,77	2,73±0,62	2,09±0,68
7		2,48±0,75	1,95±0,75	2,36±0,57	2,34±0,57
8		1,80±0,76	1,78±0,80	2,18±0,79	1,77±0,77
9		2,28±0,72	1,95±0,78	2,52±0,76	2,55±0,76
10		2,10±0,87	1,85±0,83	2,14±0,70	2,25±0,72
11		2,35±0,83	2,30±0,76	2,36±0,75	2,32±0,74
12		2,33±1,02	2,08±0,99	2,09±0,88	2,02±0,82
13		1,85±0,86	1,80±0,69	1,82±0,84	1,75±0,78
14		2,15±0,74	1,83±0,71	2,55±0,63	2,36±0,61
15		2,50±0,68	2,35±0,54	2,52±0,66	2,41±0,62
16		2,05±0,75	1,78±0,70	2,00±0,78	1,82±0,62
17		2,45±0,78	2,28±0,68	2,48±0,63	2,43±0,66
18		2,18±0,75	1,88±0,61	2,26±0,69	2,27±0,73
Общий балл		39,95±7,63	35,40±7,11	40,91±5,01	38,89±5,13

Данные по общему баллу, полученные при использовании самоопросника шкалы оценки апатии (AES-S), у пациентов основной группы при первом обследовании были неоднородными. Их диапазон составил от 21 до 49 баллов (среднее, CO 32,90±7,42). Значения общего балла клинической версии (AES-C) находились между 24 и 55 баллами (среднее, CO 39,95±7,63). Сопоставимые результаты на этапе включения также продемонстрировали пациенты, вошедшие в

контрольную группу. Диапазон общего балла по версии шкалы для пациента (AES-S) находился между 19 и 54 (среднее, СО $32,68 \pm 7,10$), а по версии врача — исследователя (AES-C) — между 26 и 49 (среднее, СО $40,91 \pm 5,01$) баллами. Таким образом, основная и контрольная группы при первом обследовании значимо не различались по выраженности апатии ($p > 0,05$). При втором обследовании как в основной, так и в контрольной группах по шкале AES-S отмечалась некоторая динамика показателей общего балла с $32,90 \pm 7,42$ до $33,58 \pm 7,38$ и с $31,77 \pm 7,18$ до $32,68 \pm 7,10$ соответственно, что не является статистически значимым изменением ($p > 0,05$, t-критерий Стьюдента). При использовании клинической версии шкалы AES-C, напротив, было получено значимое снижение общего балла с $39,95 \pm 7,63$ до $35,40 \pm 7,11$ при $p < 0,001$ (t-критерий Стьюдента) в основной группе и менее выраженное, но также достоверное ($p < 0,001$), снижение общего балла в контрольной группе — с $40,91 \pm 5,01$ до $38,89 \pm 5,13$ (Таблицы 4.7, 4.8).

Таблица 4.7 – Динамика показателей AES-S при первом и втором обследовании в основной и контрольной группах

AES-S	I обследование		II обследование	
	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45
Среднее значение	32,90*	32,68*	33,58*	31,77*
Стандартное отклонение (СО)	7,42	7,10	7,38	7,18
Минимальное значение	21	19	21	18
Максимальное значение	49	54	50	45

Примечание – * при сопоставлении показателей основной и контрольной групп в I и II обследовании различия статистически не значимы ($p > 0,05$).

Таблица 4.8 – Динамика показателей AES-C при первом и втором обследовании в основной и контрольной группах

AES-C	I обследование		II обследование	
	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45
Среднее значение	39,95*	40,91*	35,40*	38,89*
Стандартное отклонение (CO)	7,63	5,01	7,11	5,13
Минимальное значение	24	26	25	26
Максимальное значение	55	49	51	47

Примечание: * при сопоставлении показателей основной и контрольной групп в I и II обследовании различия статистически значимы ($p < 0,001$).

Необходимо отметить, что общие баллы шкалы оценки апатии как в основной, так и контрольной группе превышали средние значения, полученные для здоровой выборки пациентов (AES-C: 26 ± 6 баллов; AES-S: 28 ± 6 баллов) в исследовании Marin R. S. и соавт. (Marin R. S. et al., 1991; Миняйчева М. В. с соавт., 2018).

Сопоставление показателей основной и контрольной групп при втором обследовании, учитывая нормальный характер распределения баллов по шкалам AES-C и AES-S, проводилось с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок. Показатели самоопросника (AES-S) не различались ($p > 0,05$), данные, полученные врачом – исследователем (AES-C), имели значимые различия ($p < 0,05$) (Таблица 4.9).

Таблица 4.9 – Соотношение показателей AES-S и AES-C в группах сравнения при втором обследовании

Переменные	AES-S		AES-C	
	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45
Среднее значение	33,58*	31,77*	35,40**	38,89
Стандартное отклонение (CO)	7,38	7,19	7,11	5,13

Продолжение Таблицы 4.9

Переменные	AES-S		AES-C	
	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45
Минимальное значение	21	18	25	26
Максимальное значение	50	45	51	47

Примечания – * отсутствие значимых различий ($p > 0,05$); ** статистически значимое снижение общего балла AES-C в основной группе ($p < 0,05$).

Полученное в настоящем исследовании расхождение между общим баллом клинической версии шкалы оценки апатии и общим баллом самопросника соответствует данным ранее проведенных исследований (Миняйчева М. В. с соавт., 2018). С целью исследования соотношения объективной и субъективной оценки выраженности апатии в основной и контрольной группах был рассчитан коэффициент несоответствия⁵.

Для основной группы среднее значение коэффициента несоответствия составило $1,23 \pm 0,2$, для контрольной – $1,3 \pm 0,3$ при первом обследовании. В динамике, при втором обследовании, коэффициент составил $1,07 \pm 0,24$ в основной группе и $1,27 \pm 0,3$ в контрольной группе (Таблица 4.10). Необходимо отметить, что в основной группе после завершения программы МКТ коэффициент несоответствия снизился ($p < 0,05$), в то время как в контрольной группе он остался практически прежним. Соответственно, можно говорить о том, что в основной группе уменьшились расхождения между объективной и субъективной оценкой выраженности апатии. Полученные данные согласуются с улучшением критики к симптомам заболевания, что подтверждается значимым снижением балла пункта G12 PANSS.

⁵ Коэффициент несоответствия представляет собой отношение общего балла AES-C к общему баллу AES-S (Apsuev O. et al., 2017; Minyaycheva M. et al.; 2018; Миняйчева М. В. с соавт., 2018).

Таблица 4.10 – Коэффициент несоответствия (AES-C/AES-S) в группах сравнения в динамике

AES-C/AES-S	Первое обследование		Второе обследование	
	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45
Среднее значение	1,23*	1,3	1,07*	1,27
Стандартное отклонение, CO	0,2	0,3	0,24	0,3
Минимальное значение	0,82	0,81	0,77	0,82
Максимальное значение	1,71	2,1	2,21	2,11

Примечание – * различия статистически значимы, при $p < 0,05$.

Шкала оценки апатии в своей структуре содержит вопрос 18, оценивающий уровень мотивации. С учетом возможного неспецифического влияния МКТ на мотивацию за счет активизации пациентов, результаты ответов на данный вопрос были отдельно проанализированы. При сопоставлении баллов 18 вопроса клинической версии шкалы (AES-C) в динамике было получено статистически значимое улучшение показателя в основной группе после завершения МКТ ($2,18 \pm 0,75$ vs $1,88 \pm 0,61$, $p < 0,05$). Положительный эффект подтвердился и при сравнении баллов по данному вопросу в основной группе с соответствующим баллом в контрольной группе при втором обследовании ($1,88 \pm 0,61$ vs $2,27 \pm 0,73$, $p < 0,05$), что указывает на позитивное влияние МКТ на мотивацию пациентов.

Таким образом, можно сделать вывод о положительном влиянии МКТ на показатель объективной оценки апатии, а также об уменьшении несоответствия между объективной и субъективной оценкой апатии при сопоставлении показателей основной группы с показателями контрольной ($p < 0,05$).

4.1.3. Динамика показателей личностного и социального функционирования

Для оценки личностного и социального функционирования в рамках настоящего исследования использовалась шкала PSP, которая применялась на этапе включения в исследование, а также после проведения МКТ в основной группе и через 30 дней лечения в условиях дневного стационара в контрольной группе.

На этапе включения в исследование в основной группе общий балл шкалы PSP был равен $58,35 \pm 13,56$, в контрольной группе – $60,27 \pm 15,33$ ($p > 0,05$), что демонстрирует сопоставимость групп по уровню личностного и социального функционирования. По данному показателю большая часть пациентов характеризовалась значительными затруднениями в одной из областей «а – с» или заметными проблемами в области «d».

На фоне комплексного лечения, которое, помимо фармакологической терапии, включало программу МКТ, отмечалась положительная динамика показателей шкалы PSP по всем четырем областям функционирования и общему баллу в основной группе. Выявлялось улучшение показателей в области социально полезной деятельности, включая работу и учебу (a) ($2,45 \pm 1,06$, $p < 0,05$); в сфере отношений с близкими и прочих социальных отношений (b) ($2,0 \pm 0,72$, $p < 0,05$); в области самообслуживания (c) ($1,87 \pm 0,92$, $p < 0,05$); в области беспокоящего и агрессивного поведения (d) ($1,26 \pm 0,55$, $p < 0,05$), а также повышение общего балла шкалы до $65,95 \pm 13,44$ ($p < 0,001$), что отражает улучшение функционирования пациентов.

В контрольной группе на фоне стандартного фармакологического лечения улучшение показателей PSP отмечалось в следующих областях: отношение с близкими и прочие социальные отношения (b) ($2,45 \pm 0,63$, $p < 0,05$); самообслуживание (c) ($1,55 \pm 0,63$, $p < 0,05$); беспокоящее и агрессивное поведение ($1,1 \pm 0,30$, $p < 0,05$) (d). В области социально полезной деятельности, включая работу и учебу (a), статистически значимых различий при втором обследовании

выявлено не было ($p > 0,05$). Общий балл шкалы PSP в контрольной группе при втором обследовании увеличился до $65,64 \pm 16,2$ ($p < 0,001$) (Таблица 4.11).

Таблица 4.11 – Групповые различия показателей шкалы PSP

Показатели	Основная группа, n = 40			Контрольная группа, n = 45		
	I обслед.	II обслед.	p	I обслед.	II обслед.	p
а) социально полезная деятельность, включая работу и учебу	$2,85 \pm 1,07$	$2,45 \pm 1,06$	$< 0,05$	$2,73 \pm 0,92$	$2,62 \pm 0,93$	$> 0,05$
б) отношения с близкими и прочие социальные отношения	$2,9 \pm 0,91$	$2,0 \pm 0,72$	$< 0,05$	$2,71 \pm 0,55$	$2,45 \pm 0,63$	$< 0,05$
в) самообслуживание	$2,0 \pm 1,05$	$1,87 \pm 0,92$	$< 0,05$	$1,83 \pm 0,66$	$1,55 \pm 0,63$	$< 0,05$
г) беспокоящее и агрессивное поведение	$1,90 \pm 0,92$	$1,26 \pm 0,55$	$< 0,05$	$1,74 \pm 0,73$	$1,1 \pm 0,30$	$< 0,05$
Общий балл PSP	$58,35 \pm 13,56$	$65,95 \pm 13,44$	$< 0,001$	$60,27 \pm 15,33$	$65,64 \pm 16,20$	$< 0,001$

При сопоставлении результатов второго обследования по шкале PSP между основной и контрольной группами получены статистически значимые различия в области функционирования (б) — отношения с близкими и прочие социальные отношения ($2,0 \pm 0,72$ vs $2,45 \pm 0,63$, $p < 0,05$), что подтверждает гипотезу об улучшении коммуникативных навыков и повышении социальной активности пациентов, прошедших МКТ (Таблица 4.12). Описанный результат согласуется с положительной динамикой показателей следующих пунктов PANSS: N3 (недостаточный раппорт), G8 (некооперативность), G16 (активное социальное уклонение), которая косвенно отражает улучшение социального функционирования.

В других областях функционирования (социально полезная деятельность, включая работу и учебу (b), самообслуживание (c), беспокоящее и агрессивное поведение (d)), статистически значимых различий между основной и контрольной группами на момент второго обследования не выявлено ($p > 0,05$) (Таблица 4.12).

Таблица 4.12 – Показатели шкалы PSP в основной и контрольной группе при втором обследовании

Области функционирования	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	p
a) социально полезная деятельность, включая работу и учебу	2,45±1,06	2,62±0,93	> 0,05
b) отношения с близкими и прочие социальные отношения	2,0±0,72	2,45±0,63	< 0,05
c) самообслуживание	1,87±0,92	1,55±0,63	> 0,05
d) беспокоящее и агрессивное поведение	1,26±0,55	1,1±0,30	> 0,05
Общий балл PSP	65,95±13,44	65,64±16,20	> 0,05

Таким образом, результаты первого обследования по шкале PSP (на момент начала исследования) свидетельствовали о наличии сопоставимых нарушений личностного и социального функционирования в основной и контрольной группах. При втором обследовании в обеих группах отмечалась положительная динамика как общего балла шкалы, так и баллов отдельных областей функционирования, что указывает на улучшение личностного и социального функционирования пациентов, независимо от применявшегося лечения. Однако статистически значимое изменение показателей области функционирования (b) — отношения с близкими и прочие социальные отношения в группе пациентов, прошедших МКТ, в сравнении с пациентами контрольной группы указывает на способность тренинга улучшать навыки межличностного взаимодействия.

4.2. Динамика показателей социально-когнитивных функций в основной и контрольной группах

Изучение социально-когнитивных функций проводилось с применением тестов и методик, направленных на оценку показателей основных доменов социального познания и продемонстрировавших свою эффективность в ранее проведенных исследованиях.

4.2.1. Динамика показателей теста на распознавание эмоций «Лица Экмана» (ЕК-60F)

При исследовании пациентов основной группы по ЕК-60F сумма баллов при первом обследовании составила $45,05 \pm 7,07$, медиана была на уровне 46. Пациенты хуже идентифицировали проявления гнева, страха и презрения. В динамике, после проведения МКТ, выявлено статистически значимое улучшение общего балла ($p < 0,05$), показателей распознавания проявлений гнева ($p < 0,05$) и значимое улучшение идентификации эмоции счастья ($p < 0,05$) (Таблица 4.13).

Таблица 4.13 – Динамика распределения баллов при исследовании по тесту на распознавание эмоций «Лица Экмана» в основной группе

Обследование	I обследование				II обследование				p
	Среднее, СО	Ме	Мин.	Макс.	Среднее, СО	Ме	Мин.	Макс.	
Эмоции:									
Гнев	$5,88 \pm 2,35$	6	1	10	$6,58 \pm 2,20$	7	1	10	< 0,05
Презрение	$7,05 \pm 1,84$	7	3	10	$7,40 \pm 1,78$	8	4	10	> 0,05
Страх	$6,55 \pm 2,40$	7	2	10	$6,68 \pm 2,36$	7	1	10	> 0,05
Счастье	$8,93 \pm 1,56$	10	4	10	$9,60 \pm 0,98$	10	5	10	< 0,05
Печаль	$8,30 \pm 1,55$	8	4	10	$8,53 \pm 1,72$	9	3	10	> 0,05
Удивление	$8,33 \pm 1,72$	9	3	10	$8,28 \pm 1,97$	9	1	10	> 0,05
Сумма баллов	$45,05 \pm 7,07$	46	24	59	$47,05 \pm 7,20$	49	18	58	< 0,05

Примечание – p – уровень значимости.

При первом обследовании в контрольной группе результаты были сопоставимы с основной группой как по показателю суммы баллов теста ($43,25 \pm 10,12$ vs $45,05 \pm 7,07$, $p > 0,05$), так и при распознавании отдельных эмоций (гнев, презрение, страх, счастье, печаль, удивление, $p > 0,05$). При втором обследовании в контрольной группе значимых улучшений показателей распознавания эмоций не отмечалось (Таблица 4.14).

Таблица 4.14– Динамика распределения баллов при исследовании по тесту на распознавание эмоций «Лица Экмана» в контрольной группе

Обследование	I обследование				II обследование				p
	Средн., СО	Ме	Мин.	Макс.	Средн., СО	Ме	Мин.	Макс.	
Эмоции:									
Гнев	$5,59 \pm 2,40$	6	1	9	$5,70 \pm 2,58$	5	1	9	$> 0,05$
Презрение	$6,90 \pm 2,05$	7	2	10	$7,18 \pm 2,09$	7	2	10	$> 0,05$
Страх	$5,47 \pm 2,75$	5,5	0	10	$5,60 \pm 2,14$	5	0	10	$> 0,05$
Счастье	$9,38 \pm 1,13$	10	6	10	$9,52 \pm 0,94$	10	6	10	$> 0,05$
Печаль	$7,50 \pm 2,30$	8	1	10	$7,76 \pm 1,95$	8	1	10	$> 0,05$
Удивление	$8,41 \pm 2,20$	9	2	10	$8,60 \pm 1,87$	9	2	10	$> 0,05$
Сумма баллов	$43,25 \pm 10,12$	46	14	57	$44,36 \pm 8,85$	46	14	57	$> 0,05$

Примечание – p – уровень значимости.

При сопоставлении результатов второго обследования в группах сравнения по показателю суммы баллов группы не имели значимых различий. В основной группе после проведения МКТ отмечалось улучшение идентификации эмоции страха ($p < 0,05$), а также улучшение распознавания печали на уровне тенденции ($p = 0,079$) (Таблица 4.15).

Таблица 4.15 – Динамика распределения баллов при исследовании по тесту на распознавание эмоций «Лица Экмана» в группах сравнения

Эмоции:	I обследование		p	II обследование		p
	Основная группа, n = 40 (средн., СО)	Контрольная группа, n = 45, (средн., СО)		Основная группа, n = 40 (средн., СО)	Контрольная группа, n = 45, (средн., СО)	
Гнев	5,88±2,35	5,59±2,40	> 0,05	6,58±2,20	5,70±2,58	> 0,05
Презрение	7,05±1,84	6,90±2,05	> 0,05	7,40±1,78	7,18±2,09	> 0,05
Страх	6,55±2,40	5,47±2,75	> 0,05	6,68±2,36	5,60±2,14	< 0,05
Счастье	8,93±1,55	9,38±1,13	> 0,05	9,60±0,98	9,52±0,94	> 0,05
Печаль	8,30±1,55	7,50±2,30	> 0,05	8,53±1,72	7,76±1,95	0,079
Удивление	8,33±1,72	8,41±2,20	> 0,05	8,28±1,97	8,60±1,87	> 0,05
Сумма баллов	45,05±7,07	43,25±10,12	> 0,05	47,05±7,20	44,36±8,85	> 0,05

Примечание – p – уровень значимости.

Таким образом, пациенты обеих групп испытывали трудности в распознавании эмоций, особенно гнева, страха и презрения на этапе первого обследования. При втором обследовании в основной группе выявлено достоверное улучшение как суммы баллов ($p < 0,05$), так и идентификации эмоций гнева ($p < 0,05$) и счастья ($p < 0,05$). В контрольной группе статистически значимого улучшения суммы баллов и отдельных эмоций не отмечалось.

При сопоставлении показателей основной и контрольной групп при втором обследовании, были получены значимые различия в идентификации эмоции страха ($p < 0,05$), что позволяет сделать вывод об эффективности МКТ в отношении идентификации проявления страха и, в меньшей степени, печали ($p = 0,079$).

4.2.2. Динамика показателей методики «Понимание намека» (Hinting Task)

В качестве инструмента определения ВМСД использовалась русскоязычная версия методики «Понимание намека» (Hinting Task), которая отличается достаточной внутренней согласованностью и конструктивной валидностью, краткостью и простотой проведения (Папсуев О. О. с соавт., 2022).

Распределение ответов в сравниваемых группах пациентов не соответствовало закону нормального распределения, в связи с чем при оценке показателей в динамике при первом и втором обследовании использовался критерий знаковых рангов Вилкоксона. При сопоставлении результатов основной и контрольной групп был применен U-критерий Манна-Уитни.

Показатели ответов на вопросы методики и их динамика при первом и втором обследовании в основной и контрольной группах представлены в Таблице 4.16.

Таблица 4.16 – Распределение ответов методики «Понимание намека» в группах сравнения в динамике

Методика «Понимание намека»	Основная группа, n = 40		Контрольная группа, n = 45	
	№ вопроса	I обследование, среднее, СО	II обследование, среднее, СО	I обследование, среднее, СО
1	1,53±0,78	1,95±0,22	1,77±0,52	1,77±0,52
2	1,75±0,59	1,90±0,30	1,80±0,41	1,82±0,45
3	1,83±0,45	1,93±0,35	1,75±0,49	1,86±0,41
4	1,90±0,30	1,90±0,38	1,61±0,62	1,66±0,57
5	1,73±0,60	1,95±0,22	1,59±0,69	1,73±0,54
6	1,60±0,63	1,95±0,32	1,66±0,48	1,75±0,49
7	1,90±0,44	1,95±0,32	1,75±0,53	1,82±0,39
8	1,45±0,68	1,55±0,64	1,43±0,66	1,50±0,63
9	1,83±0,39	1,98±0,16	1,68±0,47	1,82±0,39
10	1,98±0,16	2,00±0,0	1,77±0,48	1,82±0,45
Общий балл	17,43±2,42	19,05±1,10	17,02±2,38	17,57±2,27

Максимальные, минимальные, средние значения и медиана ответов в основной и контрольной группах в динамике представлены в Таблице 4.17.

Таблица 4.17 – Характеристика распределения ответов методики «Понимание намека» в динамике

Показатели	I обследование		II обследование	
	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45
Среднее значение	17,43	17,02	19,05	17,57
Стандартное отклонение (СО)	2,42	2,38	1,10	2,23
Медиана	17,50	17,50	19,0	18,50
Минимальное значение	6	10	16	10
Максимальное значение	20	20	20	20

Общий балл в основной группе на этапе первого обследования был равен $17,43 \pm 2,42$, что сопоставимо с данными многоцентрового исследования для пациентов с шизофренией, где он составил $17,7 \pm 1,7$ (Папсуев О. О. с соавт., 2015). Пациенты контрольной группы при первом обследовании демонстрировали общий балл, равный $17,02 \pm 2,38$. Статистически значимых различий в основной и контрольной группах при первом обследовании выявлено не было ($p > 0,05$), что указывает на сопоставимость групп по этому параметру. При проведении второго обследования после завершения МКТ в основной группе было выявлено статистически значимое улучшение показателей с $17,43 \pm 2,42$ до $19,05 \pm 1,10$ баллов ($p < 0,001$) при использовании критерия знаковых рангов Вилкоксона. При сопоставлении показателей в основной и контрольной группах в динамике (при втором обследовании) были выявлены значимые различия в пользу пациентов, прошедших программу МКТ (основная группа), при использовании U-критерия Манна-Уитни ($p < 0,001$) (Таблица 4.18).

Таблица 4.18 – Сопоставление показателей методики «Понимание намека» в динамике в группах сравнения

Показатели	I обследование		Р	II обследование		Р
	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45		Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	
Общий балл, среднее, СО	17,43±2,42	17,02±2,38	> 0,05*	19,05±1,10	17,57±2,23	< 0,001

Примечание – р – уровень значимости.

Таким образом, полученные в рамках настоящего исследования результаты демонстрируют эффективность МКТ в отношении ВМСД, при оценке с помощью методики «Понимание намека».

4.2.3. Динамика показателей методики «Отношения между доменами, сокращенная версия» (RAD-15)

Определение социального знания в основной и контрольной группах проводилось с использованием сокращенной версии методики «Отношения между доменами» (RAD-15).

Диапазон суммы баллов RAD-15 в основной группе при первом обследовании составлял от 15 до 41 (среднее, СО 29,05±7,09). Результаты в контрольной группе были сопоставимы с результатами в основной на этапе включения (первого обследования) и распределялись от 17 до 41 балла (среднее, СО 28,55±7,59). Таким образом, показатели суммы баллов RAD-15 значимо не различались на этапе включения в исследование ($p > 0,05$).

При втором обследовании в основной группе разброс общего балла составлял от 16 до 41, среднее значение было равно 30,90±6,86. Динамика показателей суммы баллов после завершения МКТ соответствовала статистически значимому увеличению числа правильных ответов на вопросы ($p < 0,05$). При втором обследовании в контрольной группе, так же, как и в основной, отмечалось увеличение количества правильных ответов, среднее значение было равно

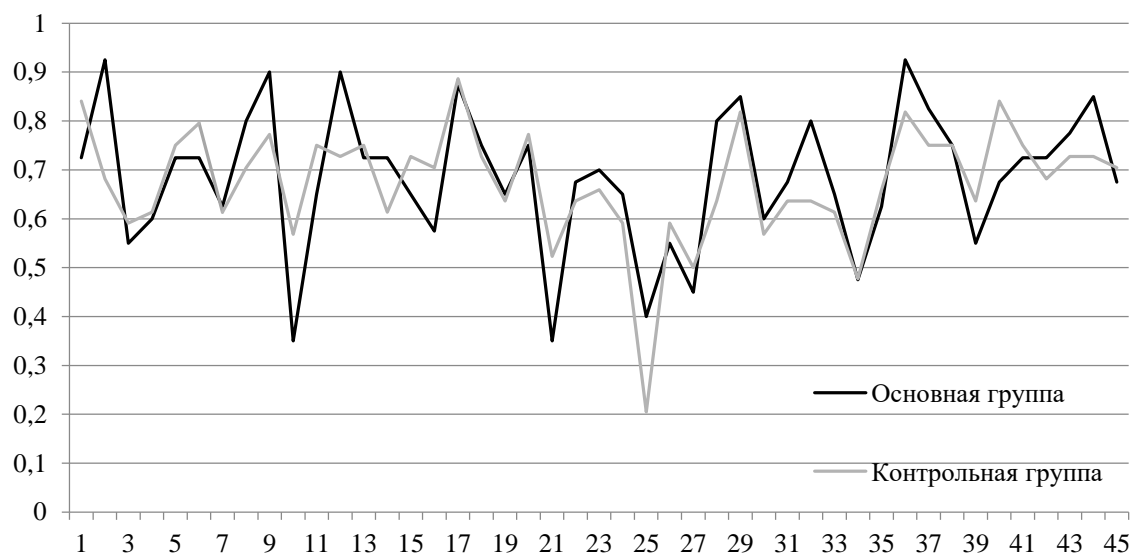
30,43±7,06, что демонстрирует статистически значимые различия между первым и вторым обследованиями ($p < 0,05$) (Таблица 4.19).

Таблица 4.19 – Динамика распределения ответов по методике «Отношения между доменами» (RAD-15)

Показатели	I обследование		II обследование	
	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45
Среднее значение	29,05	28,55	30,90	30,43
Стандартное отклонение (СО)	7,09	7,59	6,86	7,06
Медиана	30,50	27,50	32,0	29,0
Минимальное значение	15	17	16	13
Максимальное значение	41	41	41	43

Характер распределения ответов методики RAD-15 при втором обследовании соответствовал закону нормального распределения, для статистического анализа применялся t-критерия Стьюдента для независимых выборок (рис. 4.1).

Рисунок 4.1 – Характеристика распределения ответов методики RAD-15 в основной и контрольной группах при втором обследовании



Примечания — ось абсцисс — ответы от 1–45; ось ординат — верный/неверный ответ.

При сопоставлении результатов второго обследования между основной и контрольной группами статистически значимых различий получено не было ($p > 0,05$), что свидетельствует об отсутствии улучшения показателей после завершения программы МКТ в проведенном нами исследовании (Таблица 4.20).

Таблица 4.20 – Динамика показателей методики «Отношения между доменами» (RAD-15) в группах сравнения

Показатели	I обследование		P	II обследование		P
	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45		Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	
Сумма баллов, среднее, CO	29,05±7,09	28,54±7,52	> 0,05	30,90±6,86	30,43±7,06	> 0,05

Примечание – p – уровень значимости.

Отсутствие значимых различий показателей RAD-15 в основной и контрольной группах при втором обследовании, вероятно, связано с тем, что социальное знание имеет многофакторную структуру, поэтому требуется регулярное направленное воздействие на протяжении более длительного времени. Учитывая вышеизложенное, следует подчеркнуть необходимость применения МКТ не только в условиях дневного стационара, но и на амбулаторном этапе оказания психиатрической помощи.

4.2.4. Динамика показателей шкалы «Неоднозначные враждебные намерения» (АНQ)

Для оценки атрибуции в основной и контрольной группах была использована шкала АНQ.

На этапе первого обследования показатели основной и контрольной групп по всем баллам и индексам были сопоставимы ($p > 0,05$).

В динамике в основной группе изолированные показатели большинства баллов и индексов характеризовались более низкими значениями. Статистически значимые различия были продемонстрированы при сравнении следующих баллов: БПп, БЗп, БЗс ($p < 0,05$). Различие на уровне тенденции отмечалось в показателе БОн ($p = 0,063$). Достоверные различия были получены при расчете индексов ВНн, АНн ($p < 0,01$), ВНп, АИИ_п, АИИ_с, АИИ_с ($p < 0,05$) (Таблица 4.21).

Таблица 4.21 – Динамика показателей индексов и баллов шкалы АИИ в основной группе

Баллы/индексы	I обследование (среднее, СО)	II обследование (среднее, СО)	Уровень значимости, p
ВНн	7,20±2,51	5,30±2,40	< 0,001
БПн	12,05±5,87	10,62±6,40	> 0,05
БЗн	10,57±4,78	8,80±5,23	< 0,05
БОн	10,02±4,70	8,67±4,90	0,063
АИИ _н	10,80±4,72	9,26±5,30	< 0,05
АНн	7,37±2,65	5,60±2,34	<0,001
ВНп	7,97±2,23	6,25±2,78	< 0,05
БПп	19,85±6,33	16,40±7,97	< 0,05
БЗп	15,55±5,85	13,02±7,12	< 0,05
БОп	14,30±6,20	12,95±7,22	> 0,05
АИИ _п	16,56±5,55	14,12±7,16	< 0,05
АНп	9,60±3,11	7,82±3,56	< 0,05
ВНс	5,71±1,10	5,03±1,17	< 0,05
БПс	5,42±1,28	4,62±1,69	> 0,05
БЗс	10,80±4,14	9,20±4,88	< 0,05
БОс	9,35±3,69	8,39±4,55	> 0,05
АИИ _с	9,24±3,36	8,42±4,41	> 0,05
АНс	7,17±3,02	5,85±2,89	< 0,05

В контрольной группе при сравнении результатов первого и второго обследования выявлено снижение следующих показателей: БПп ($p < 0,01$), БОп, БОс ($p < 0,05$), БПс ($p = 0,05$), АНн, АНQс ($p < 0,05$), АНQп ($p < 0,01$), АНп ($p = 0,01$) (Таблица 4.22).

Таблица 4.22 – Динамика показателей индексов и баллов шкалы АНQ в контрольной группе

Баллы/индексы	I обследование (среднее, СО)	II обследование (среднее, СО)	Уровень значимости, p
ВНн	6,93±1,79	7,09±2,04	> 0,05
БПн	11,70±4,53	11,31±4,85	> 0,05
БЗн	9,75±3,48	9,22±3,96	> 0,05
БОн	9,29±4,59	9,36±5,45	> 0,05
АНQн	10,25±3,65	9,93±4,29	> 0,05
АНн	7,22±2,26	6,45±1,71	< 0,05
ВНп	7,93±2,04	7,61±1,99	> 0,05
БПп	18,29±6,36	14,20±6,23	< 0,01
БЗп	14,06±5,25	13,79±5,79	> 0,05
БОп	14,11±5,85	12,32±5,44	< 0,05
АНQп	15,49±5,19	13,43±5,16	< 0,01
АНп	8,95±2,72	7,34±2,43	= 0,01
ВНс	5,54±1,06	5,43±1,09	> 0,05
БПс	7,90±3,11	6,91±2,70	= 0,05
БЗс	9,77±3,55	9,75±3,75	> 0,05
БОс	9,36±4,08	8,07±3,41	< 0,05
АНQс	9,01±2,98	8,17±3,07	< 0,05
АНс	7,77±2,72	7,52±2,77	> 0,05

При межгрупповом сопоставлении в динамике были выявлены статистически значимые различия в индексах шкалы: ВНн, АНн, ВНп, ВНс, АНс ($p < 0,05$). Полученные результаты указывают на снижение уровня враждебности в

неоднозначных, случайных и преднамеренных ситуациях, а также агрессивных намерений в ситуациях неоднозначных и случайных у пациентов, прошедших МКТ (Таблица 4.23).

Таблица 4.23 – Распределение индексов и баллов шкалы АИНО в группах сравнения в динамике

Группа	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	p	Основная группа, n = 40	Контрольная группа, n = 45	p
Баллы/индексы						
ВНн	7,20±2,51	6,93±1,79	> 0,05	5,30±2,40	7,09±2,04	< 0,05
БПн	12,05±5,87	11,70±4,53	> 0,05	10,62±6,40	11,31±4,85	> 0,05
БЗн	10,57±4,78	9,75±3,48	> 0,05	8,80±5,23	9,22±3,96	> 0,05
БОн	10,02±4,70	9,29±4,59	> 0,05	8,67±4,90	9,36±5,45	> 0,05
АИНОн	10,80±4,72	10,25±3,65	> 0,05	9,26±5,30	9,93±4,29	> 0,05
АНн	7,37±2,65	7,22±2,26	> 0,05	5,60±2,34	6,45±1,71	< 0,05
ВНп	7,97±2,23	7,93±2,04	> 0,05	6,25±2,78	7,61±1,99	< 0,05
БПп	19,85±6,33	18,29±6,36	> 0,05	16,40±7,97	14,20±6,23	> 0,05
БЗп	15,55±5,85	14,06±5,25	> 0,05	13,02±7,12	13,79±5,79	> 0,05
БОп	14,30±6,20	14,11±5,85	> 0,05	12,95±7,22	12,32±5,44	> 0,05
АИНОп	16,56±5,55	15,49±5,19	> 0,05	14,12±7,16	13,43±5,16	> 0,05
АНп	9,60±3,11	8,95±2,72	> 0,05	7,82±3,56	7,34±2,43	> 0,05
ВНс	5,71±1,10	5,54±1,06	> 0,05	5,03±1,17	5,43±1,09	< 0,05
БПс	5,42±1,28	7,90±3,11	> 0,05	4,62±1,69	6,91±2,70	> 0,05
БЗс	10,80±4,14	9,77±3,55	> 0,05	9,20±4,88	9,75±3,75	> 0,05
БОс	9,35±3,69	09,36±4,08	> 0,05	8,39±4,55	8,07±3,41	> 0,05
АИНОс	9,24±3,36	9,01±2,98	> 0,05	8,42±4,41	8,17±3,07	> 0,05
АНс	7,17±3,02	7,77±2,72	> 0,05	5,85±2,89	7,52±2,77	< 0,05

Примечание – p – уровень значимости.

С точки зрения Buss A. H. (1961), понятия «враждебность» и «обвинение» содержат когнитивный и эмоциональный компоненты, в то время как термин «агрессия» обозначает поведенческую реакцию. Таким образом, изменения в

индексах враждебных намерений (враждебности, ВН) и обвинения (АИHQ) имеют связь с когнитивным и эмоциональным компонентами в возникновении агрессивного поведения, а индекс агрессивных намерений (АН) связан с его проявлением (Хмара Н. В., Скугаревский О. А., 2021).

Для оценки риска проявления агрессии⁶ был рассчитан суммарный балл индексов враждебных намерений (ВН), агрессивных намерений (АН) и обвинения (АИHQ) при разных видах ситуаций. На момент первого обследования в основной группе среднее значение суммарного показателя риска проявления агрессии в неоднозначных ситуациях составляло $25,37 \pm 8,75$ баллов, максимальное значение достигало уровня 48,33 баллов, что свидетельствует о высоком риске агрессивных проявлений. В случайных ситуациях среднее значение риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности было равно $21,84 \pm 6,17$ баллам при максимуме в 33,33 балла, а в ситуациях преднамеренных – $34,14 \pm 9,56$ баллов, максимальное значение в ситуациях данного вида было наивысшим и составляло 57,33 балла, что демонстрирует наличие в основной группе пациентов с высоким риском агрессии вербальной, против предметов, против себя и других людей (в 5,6 раз) и акта физической агрессии против других людей (в 3,6 раз)⁷

На фоне комплексной терапии, включающей программу МКТ, отмечалось достоверное снижение суммарного показателя риска проявления агрессии в преднамеренных ситуациях до $28,20 \pm 12,74$ баллов ($p < 0,05$). Максимальное значение данного показателя в преднамеренных ситуациях также снизилось с уровня 57,33 баллов до 46,33 баллов. В неоднозначных ситуациях суммарный показатель риска проявления агрессии снизился до $20,16 \pm 9,30$ баллов ($p < 0,05$), а максимальное значение — до 41 балла. В случайных ситуациях также отмечалось значимое снижение описываемого показателя до $18,90 \pm 8,30$ баллов, $p < 0,05$ (Таблица 4.24).

⁶Путем расчета суммарных значений ВН, АИHQ и АН в ситуациях разного вида.

⁷Суммарный показатель (ВН, АИHQ и АН) риска проявления агрессии в преднамеренных ситуациях (п) равный или превышающий 42,6 балла, указывает на риск проявления агрессии (вербальной, против предметов, других людей и себя) выше в 5,6 раз, а риск проявления физической агрессии – в 3,6 раза (Хмара Н. В., Скугаревский О. А., 2021).

Таблица 4.24 – Динамика показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в основной группе (n = 40)

Обследование	I обследование			II обследование		
	Неоднозн.	Преднамер.	Случайн.	Неоднозн.	Преднамер.	Случайн.
Среднее значение	25,37	34,14	21,84	20,16*	28,20*	18,90*
Стандартное отклонение (СО)	8,75	9,56	6,16	9,30	12,74	8,3
Медиана	25,67	31,33	21,33	26,16	26,17	19,33

Примечания – * статистически значимые различия при $p < 0,05$ между I и II обследованием; неоднозн. — неоднозначный вид ситуации, когда возможна двойная трактовка, преднамер. — ситуации преднамеренные, случайн. — случайные ситуации.

В контрольной группе суммарный показатель риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в неоднозначных ситуациях составил $24,40 \pm 6,65$ балла при первом обследовании, максимальное значение показателя соответствовало 46,33 баллам. В динамике при втором обследовании отмечалось некоторое, но не достигающее значимого, снижение среднего значения до $23,47 \pm 6,99$ баллов ($p > 0,05$), максимальный показатель составил 42 балла. В ситуациях преднамеренных среднее значение суммарного показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности было наивысшим – $32,38 \pm 8,87$ баллов, как и его максимальное значение – 53,0. Динамика показателя характеризовалась его значимым снижением при втором обследовании — до $28,39 \pm 8,10$ баллов ($p < 0,05$), снизилось также и максимальное значение — до 41,0 балла. В случайных ситуациях как среднее значение показателя ($22,33 \pm 7,94$ балла), так и его максимальное значение (37,33 балла) были наименьшими, что можно трактовать как отсутствие риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в ситуациях случайного вида. Динамика показателей также имела

статистически значимое снижение как среднего (до $21,12 \pm 5,73$), так и максимального (до 34,67) баллов (Таблица 4.25).

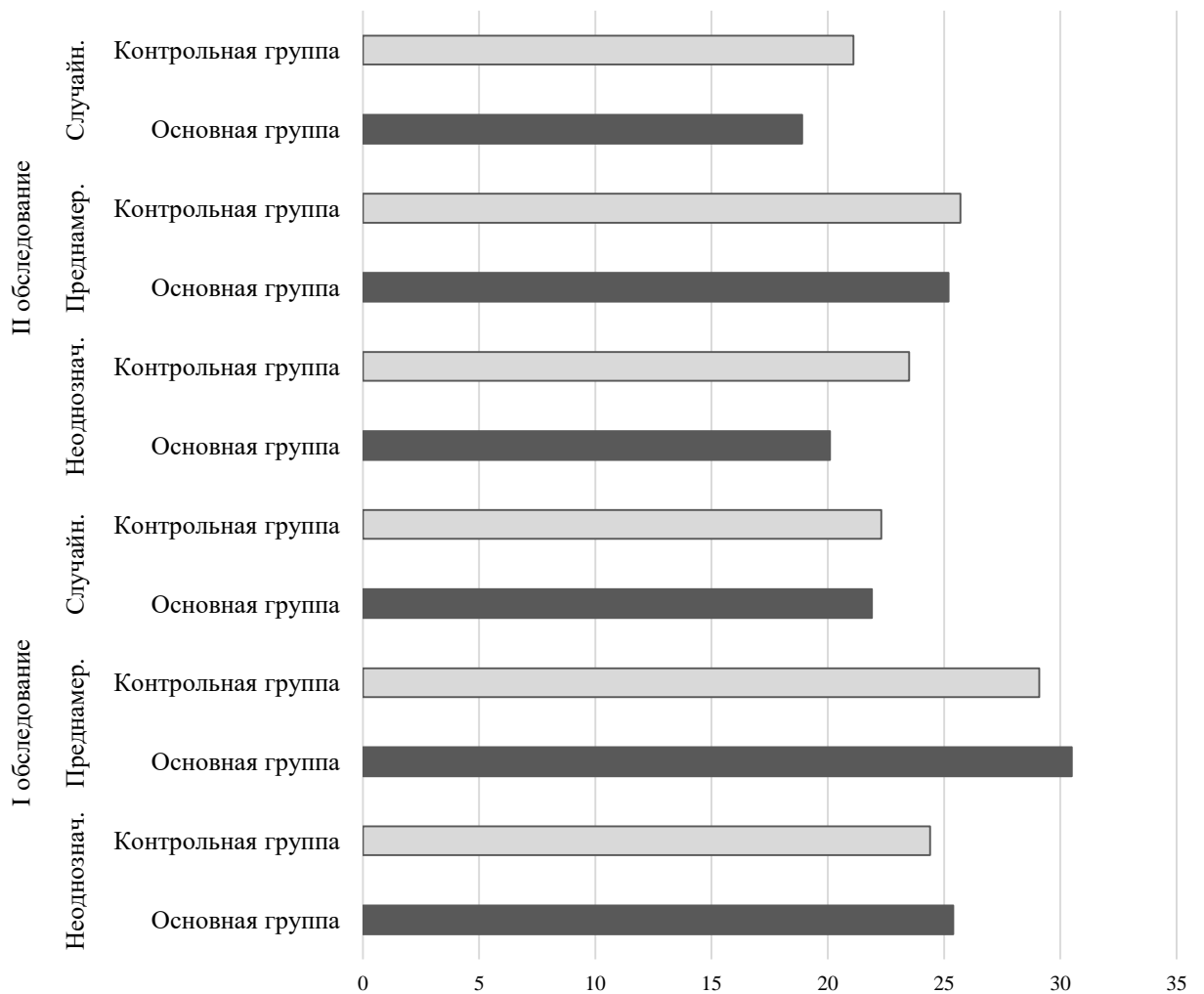
Таблица 4.25 – Динамика показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в контрольной группе (n = 45)

Обследование	I обследование			II обследование		
	Неоднозн.	Преднамер.	Случайн.	Неоднозн.	Преднамер.	Случайн.
Вид ситуации/ Показатели:						
Среднее значение:	24,41	32,38	22,33	23,48	28,39*	21,12*
Стандартное отклонение (СО):	6,65	8,87	5,98	6,99	8,10	5,74
Медиана:	23,33	32,33	21,17	21,33	27,83	20,33

Примечания – * статистически значимые различия, при $p < 0,05$ между I и II обследованием, неоднозн. — неоднозначный вид ситуации, когда возможна двойная трактовка, преднамер. — ситуации преднамеренные, случайн. — случайные ситуации.

При сопоставлении показателей риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в группах сравнения на момент первого исследования статистически значимых различий не выявлено ни в одном виде ситуаций (Рисунок 4.2). При втором обследовании, несмотря на более низкие значения рассматриваемого суммарного показателя, в ситуациях преднамеренных и случайных значимых различий не отмечалось ($p > 0,05$). В неоднозначных ситуациях получены различия на уровне тенденции ($p = 0,067$, t-критерий Стьюдента для независимых выборок) с более низкими значениями у пациентов основной группы (Рисунок 4.2).

Рисунок 4.2 – Сопоставление показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в группах сравнения



Примечания — ось абсцисс — виды ситуаций (I и II обследование); ось ординат — суммарные показатели риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в основной и контрольной группах, неоднознач. — неоднозначный вид ситуации, когда возможна двойная трактовка, преднамер. — ситуации преднамеренные, случайн. — случайные ситуации.

Таким образом, при первом обследовании показатели шкалы АИИQ были сопоставимы в основной и контрольной группе. На фоне лечения в обеих группах отмечалось снижение баллов, по многим показателям различия достигали статистической значимости ($p < 0,05$). Наряду со снижением значений баллов и индексов в преднамеренных и случайных ситуациях имелось снижение значений в ситуациях неоднозначных (особенно в основной группе), что указывает на уменьшение враждебности и агрессии при трактовке пациентами моделируемых

сценариев. При групповом сопоставлении баллов и индексов АИИО при втором обследовании в условиях проведения МКТ (основная группа) получено значимо большее снижение индекса враждебных намерений в ситуациях неоднозначных, преднамеренных и случайных ($p < 0,05$), а также индекса агрессивных намерений в неоднозначных и случайных ситуациях ($p < 0,05$). В динамике в ситуациях неоднозначных имелись межгрупповые различия на уровне тенденции, суммарного показателя риска проявления агрессии в основной группе ($20,16 \pm 09,30$ vs $23,48 \pm 6,99$, $p = 0,067$).

При исследовании эффективности МКТ получены результаты, демонстрирующие положительное влияние тренинга на ряд клинических показателей, что проявилось, в частности, в повышении кооперативности и раппорта, в снижении объективных показателей выраженности апатии, а также в улучшении осознания имеющегося психического расстройства. В результате проведения тренинга выявлено повышение навыков межличностного взаимодействия, улучшение социально-когнитивного функционирования в доменах внутренней модели сознания другого, распознавания лицевой экспрессии со значимым улучшением идентификации проявлений эмоции страха, показателей атрибуции, в частности, враждебных и агрессивных намерений, а также уменьшение риска немотивированной агрессии у пациентов, прошедших программу МКТ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социально-когнитивный дефицит во многом определяет нарушение социального функционирования и рассматривается в числе ключевых расстройств при шизофрении. В этой связи важным направлением терапии данного контингента пациентов, наряду с фармакологическим лечением, выступает психосоциальная (включая когнитивную) терапия. К программам когнитивной терапии относится, в частности, метакогнитивный тренинг. Данные исследований тренинга демонстрируют эффективность программы в отношении когнитивных нарушений, а также положительное влияние на позитивные симптомы, прежде всего бред и связанный с ним дистресс. Однако МКТ редко используется в психиатрических учреждениях на территории Российской Федерации, соответственно, данных об опыте применения тренинга и его эффективности у русскоязычных пациентов недостаточно.

Настоящее исследование являлось открытым проспективным и состояло из трех этапов. Первый этап содержал разработку дизайна с определением контингента пациентов, критериев включения/исключения, выбор планируемого психосоциального вмешательства, согласование практических аспектов, разработку и утверждение формы добровольного информированного согласия на участие в исследовании и его представление на заседании Локального этического комитета, а также утверждение темы диссертации на заседании Ученого совета при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.

Второй этап исследования включал обследование пациентов в соответствии с задачами исследования, формирование основной и контрольной исследуемых групп. Далее в основной группе, наряду со стандартной фармакологической терапией, был проведен МКТ.

Третий этап состоял из статистической обработки полученных данных и оформления текста диссертации.

В исследование были включены пациенты дневного стационара ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина» ДЗМ. Клиническая картина заболевания

соответствовала критериям включения/исключения у 85 человек в возрасте от 18 до 50 лет с диагнозом параноидная шизофрения и шизоаффективное расстройство вне острого психотического состояния. Более половины составляли пациенты с параноидной формой шизофрении – 57 (67,0%), с диагнозом шизоаффективного расстройства было включено 28 (33,0%) человек.

Женщины в группе пациентов с параноидной формой шизофрении преобладали над мужчинами (63,1% vs 36,8%), схожая ситуация отмечалась и у пациентов с шизоаффективным расстройством (78,6% vs 21,5%). Большая часть изучаемого контингента была трудоспособного возраста: в группе пациентов с шизофренией средний возраст составил $33,3 \pm 7,3$ лет, в группе лиц с шизоаффективным расстройством – $33,2 \pm 9,5$ лет.

Социальный статус обследуемых как с параноидной формой шизофрении, так и с шизоаффективным расстройством, характеризовался достаточно высоким образовательным уровнем: высшее и неоконченное высшее образование имели 42 (73,6%) пациента с шизофренией и 20 (71,4%) пациентов с шизоаффективным расстройством. Трудовой стаж до болезни был сопоставим в обеих группах и составил у пациентов с шизофренией $5,3 \pm 5,6$ лет, у лиц с шизоаффективным расстройством – $6,5 \pm 6,3$ лет.

Большинство пациентов обеих нозологических групп были одиноки: 51 (89,3%) человек с параноидной формой шизофренией и 21 (74,4%) человек с шизоаффективным расстройством.

Количество госпитализаций и помещений в дневной стационар не различалось в нозологических группах пациентов ($p > 0,05$). Преобладающая симптоматика у пациентов с параноидной формой шизофрении была представлена бредовой в 35 (61,4%) случаях, псевдогаллюцинаторной – в 16 (28%) случаях, психопатоподобной – у двух пациентов (3,5%), негативная симптоматика доминировала у четырех (7%) пациентов

У лиц с шизоаффективным расстройством преобладал аффективно-бредовый синдром ($n = 28, 100\%$).

Социально-демографические и клинические характеристики пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством были сопоставимы ($p > 0,05$). Большинство пациентов, как с шизофренией, так и с шизоаффективным расстройством были одиноки, не трудоустроены, несмотря на высокий уровень полученного образования и молодой возраст.

Обследование с применением клинических шкал (PANSS, CDSS) выявило большую выраженность как позитивной ($15,41 \pm 3,26$ vs $13,21 \pm 3,29$, $p < 0,05$), так и негативной ($19,55 \pm 3,26$ vs $15,29 \pm 4,44$, $p < 0,05$) и общей психопатологической симптоматики ($36,57 \pm 4,32$ vs $33,79 \pm 5,39$, $p < 0,05$) у пациентов с параноидной формой шизофрении в сравнении с пациентами с шизоаффективным расстройством при отсутствии проявлений умеренной или тяжелой депрессии в обеих группах. Следует отметить, что корреляции тяжести психопатологической симптоматики (общий балл по шкале PANSS) и подавляющего большинства социально-когнитивных показателей⁸ были крайне низкими (в отдельных случаях были близки к нулю), что позволило осуществлять дальнейшую оценку динамики последних без учета изменений по PANSS.

Сопоставление показателей объективной оценки апатии при помощи AES-C ($42,34 \pm 5,77$ vs $36,68 \pm 5,89$, $p < 0,01$) и суммы баллов подшкалы негативных симптомов PANSS продемонстрировало преобладание апатических расстройств у пациентов с параноидной формой шизофрении. Также у пациентов с шизофренией выявлена тенденция к большему разрыву между субъективной оценкой уровня имеющихся апатических симптомов при сравнении с данными, полученными специалистом, нежели у пациентов с шизоаффективным расстройством. Общий балл PSP был значимо ниже в группе пациентов с шизофренией ($p < 0,05$), как и показатели следующих областей функционирования: а) социально полезная деятельность, включая работу и учебу, б) отношения с близкими и прочие социальные отношения и с) самообслуживание ($p < 0,05$). Таким образом, бóльшая

⁸ За исключением балла по индексу «враждебных намерений» в преднамеренных ситуациях шкалы АИHQ при наличии умеренной (близко к слабой) корреляции ($r = 0,309$; $p < 0,01$).

выраженность нарушений личностного и социального функционирования отмечалась в группе пациентов с параноидной формой шизофрении.

Исследование социально-когнитивных функций проводилось с использованием зарекомендовавших себя в мировой практике методик. Оценка социально-когнитивного функционирования при помощи методик «Понимание намека» и RAD-15 в обеих нозологических группах продемонстрировала как наличие пациентов без признаков дефицита в доменах внутренней модели сознания другого и социального знания, так и больных со значениями общего балла, свидетельствующими о выраженных их нарушениях. Вместе с тем, более высокий уровень дефицита ВМСД ($16,84 \pm 2,61$ vs $17,96 \pm 1,69$, $p < 0,05$) и социального знания ($27,1 \pm 7,2$ vs $32,2 \pm 6,4$, $p < 0,05$) выявлялся у пациентов с шизофренией.

Исследование распознавания эмоций по лицевой экспрессии с использованием теста на распознавание эмоций «Лица Экмана» выявило как у пациентов с параноидной формой шизофрении, так и у больных с шизоаффективным расстройством неравномерность распознавания эмоций, с наибольшими трудностями в идентификации эмоций «негативной» валентности, особенно гнева. У пациентов с шизофренией показатель идентификации эмоции гнева в 1,3 раза был ниже, чем у больных с шизоаффективным расстройством ($4,43 \pm 2,83$ vs $5,93 \pm 3,07$, $p < 0,05$). Также пациенты с шизофренией достоверно хуже распознавали удивление ($7,98 \pm 2,01$ vs $9,08 \pm 1,55$, $p < 0,05$).

Результаты оценки атрибуции с использованием шкалы АИИО у пациентов с параноидной формой шизофрении по сравнению с больными с шизоаффективным расстройством продемонстрировали достоверно более высокие значения в неоднозначных (ВНн, БПн, АИИОн) и случайных (ВНс, БОс, АИИОс) ситуациях, что предполагается в качестве характерного признака для расстройств шизофренического спектра, основываясь на том, что в ситуациях такого вида отсутствуют четкие мотивы и их трактовка основывается на общей агрессивной настроенности индивида. Напротив, высокие показатели АИИО в ситуациях преднамеренных демонстрируют лишь общий высокий уровень враждебности и

непосредственно не связаны с расстройствами шизофренического спектра (Хмара Н. В., Скугаревский О. А., 2021).

С целью классификации имеющегося массива данных, полученных в рамках клинико-психопатологического, социально-когнитивного и клинико-социального обследования пациентов с помощью факторного анализа, было выделено четыре ведущих домена, которые позволили дифференцировать выборку на соответствующие подгруппы, характеризующиеся уникальной совокупностью признаков. Выделенные подгруппы были проанализированы с точки зрения преобладания в них пациентов в зависимости от установленного диагноза. В подгруппах «пациентов с преобладающей негативной симптоматикой», «пациентов с ведущей позитивной симптоматикой», а также «пациентов с нарушением личностного и социального функционирования» доминировали лица с параноидной формой шизофрении ($p < 0,05$). Подгруппа «пациентов с риском проявления агрессии» не имела значимых различий по преобладанию лиц с тем или иным установленным диагнозом ($p > 0,05$).

На основании характеристик вышеописанных подгрупп были выделены мишени психосоциальной терапии для пациентов с параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством:

1. Искажение процесса атрибуции с формированием враждебного атрибутивного стиля, а также нарушение регуляции и контроля импульсивности как фактора проявления агрессии.
2. Негативная симптоматика, которая характеризуется доминирующим дефицитом эмоциональной экспрессии и апатическими расстройствами.
3. Позитивная симптоматика, которая проявляется подозрительностью, нарушениями критического осмысления имеющегося психического состояния.
4. Нарушения социального функционирования, которые выражаются в трудовой дезадаптации, утрате интереса и инициативы при межличностном взаимодействии, в проблемах, связанных с самообслуживанием и решением бытовых задач.

5. Нарушение распознавания эмоций по лицевой экспрессии, внутренней модели сознания другого и, как результат такого дефицита — нарушения межличностного взаимодействия.

Выделение мишеней позволяет осуществить дифференцированный выбор программ психосоциальной (включая когнитивную) терапии. В этой связи, МКТ у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством является программой, направленной на следующие мишени: 1) враждебный атрибутивный стиль, нарушение регуляции и контроля импульсивности как фактора проявления агрессии; 2) дефицит эмоциональной экспрессии; 3) проявления апатии; 4) нарушение внутренней модели сознания другого, распознавания эмоций по лицевой экспрессии других людей; 5) подозрительность; 6) нарушения критического осмысления имеющегося психического состояния; 7) нарушения социального функционирования, проявляющиеся в виде трудовой дезадаптации, утраты интереса и инициативы при межличностном взаимодействии, в проблемах, связанных с самообслуживанием и решением бытовых задач.

Программа МКТ включает патогенетически обоснованные модули, направленные на изучение специфических социально-когнитивных нарушений, вызванных хроническим психическим расстройством, которые приводят к искажению восприятия социальных ситуаций, с их последующей коррекцией с целью формирования адаптивных поведенческих стратегий, направленных на улучшение социальной коммуникации (и, в итоге, личностного и социального функционирования) и предотвращение психотической декомпенсации. В рамках сессий в доступной наглядно-игровой форме пациентам демонстрируются примеры типичных нарушений социально-когнитивных функций с дальнейшей тренировкой навыков самостоятельного распознавания этих нарушений и способов избегания «когнитивных ловушек». Одним из важнейших пунктов программы является изучение когнитивных нарушений, которые лежат в основе бредообразования, поддержания бредовых переживаний и бредовой декомпенсации.

Основная и контрольная группы были сформированы в соответствии с дизайном исследования. В основную группу вошли пациенты с шизофренией и шизоаффективным расстройством, которые дали согласие на участие в МКТ. Контрольная группа была образована схожим контингентом пациентов, которые не дали согласие на участие в тренинге и не вошли в основную группу. По основным социально-демографическим показателям пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы ($p > 0,05$). В обеих группах преобладали женщины, пациенты находились в трудоспособном возрасте. Семейное положение характеризовалось большим числом одиноких пациентов, в браке состояли лишь 20,0% пациентов основной группы и 11,1% контрольной. Характеризуя группы сравнения, можно отметить высокий уровень полученного образования, который соответствовал высшему и неоконченному высшему в основной группе в 77,5% случаев и в контрольной группе — в 69,0% случаев. Трудовой стаж до болезни в основной группе находился, в среднем, на уровне 6,9 лет, в контрольной — 4,5 лет. Длительность заболевания также была сопоставима в основной и контрольной группах ($7,0 \pm 5,2$ vs $6,3 \pm 5,9$ лет, $p > 0,05$). Количество госпитализаций и помещений в дневной стационар в группах не различалось. Интенсивность антипсихотической терапии при расчете хлорпромазинового эквивалента в группах сравнения не различалась ($p < 0,05$).

При оценке психического состояния с использованием PANSS при первом обследовании основная и контрольная группы по показателю общего балла шкалы были сопоставимы ($68,0 \pm 9,56$ баллов vs $68,41 \pm 8,64$ баллов соответственно, при $p > 0,05$), в группах сравнения отсутствовали пациенты с острой психотической симптоматикой. На фоне проводимой терапии как в основной, так и в контрольной группах в динамике отмечалось улучшение психического состояния. Показатели общего балла и суммы баллов подшкал позитивной ($p < 0,001$), негативной ($p < 0,001$) и общей психопатологической симптоматики ($p < 0,001$) PANSS значительно снизились при втором обследовании. При сопоставлении показателей PANSS в основной и контрольной группах при втором обследовании, различий в общем

балле и в сумме баллов всех подшкал, выявлено не было ($p > 0,05$), при этом, в отдельно проанализированных пунктах PANSS, выделенных на основании потенциально возможного влияния МКТ на определенные симптомы психических расстройств. Величина балла по пункту P6 была значимо ниже в основной группе при сопоставлении с контрольной ($1,75 \pm 0,63$ vs $2,18 \pm 0,97$, $p < 0,05$), что указывает на положительное влияние МКТ на показатель «подозрительность/преследование». Положительное влияние тренинга продемонстрировано и в отношении негативной и общей психопатологической симптоматики, в частности, у пациентов основной группы по сравнению с контрольной выявлено улучшение коммуникативных навыков (пункт N3 (недостаточный раппорт): $1,68 \pm 0,70$ vs $2,09 \pm 0,77$, $p < 0,05$); кооперативности (пункт G8: $1,55 \pm 0,74$ vs $2,41 \pm 0,89$, $p < 0,05$), уменьшение активного социального уклонения (пункт G16: $1,95 \pm 0,81$ vs $2,50 \pm 0,84$, $p < 0,05$), а также улучшение осознания болезни (пункт G12: $2,33 \pm 0,76$ vs $2,86 \pm 0,66$, $p < 0,05$).

Отдельно был проанализирован показатель «ядерный бред» (англ.: core delusions) который равен сумме баллов P1, P5 и P6. На фоне лечения значения показателя «ядерный бред» при втором обследовании значимо снизились, как в основной ($7,1 \pm 2,15$ vs $4,48 \pm 1,22$, $p < 0,001$), так и в контрольной группе ($6,9 \pm 1,91$ vs $4,9 \pm 1,69$, $p < 0,001$). При межгрупповом сопоставлении показателя в динамике достоверных различий не отмечалось ($4,48 \pm 1,22$ vs $4,5 \pm 1,69$, $p > 0,05$). Таким образом, можно сказать, что МКТ не влияет на суммарный показатель «ядерный бред» за счет отсутствия значимых различий в пунктах P1 (бред) и P5 (грандиозность) PANSS. Вместе с тем, с учетом значимого положительного влияния на показатели пунктов P6 (подозрительность/преследование, $p < 0,05$), N3 (недостаточный раппорт $p < 0,05$), G8 (некооперативность, $p < 0,05$), G12 (снижение рассудительности (критики) и осознания болезни, $p < 0,05$) и G16 (активное социальное уклонение, $p < 0,05$), можно сделать вывод о положительном влиянии тренинга в отношении снижения persecutory

переживаний, улучшения критики к имеющемуся психическому расстройству и повышению коммуникативных навыков и, в целом, просоциальной активности.

На момент включения в исследование у пациентов основной и контрольной групп не отмечалось умеренной или тяжелой депрессии, что подтверждается показателями среднего балла по шкале CDSS ($4,75 \pm 2,88$ и $3,77 \pm 2,75$). Группы по общему баллу CDSS на момент первого обследования были сопоставимы ($p > 0,05$). При проведении второго обследования в основной группе средний балл CDSS значимо снизился до $3,08 \pm 2,76$ ($p < 0,05$). В контрольной группе различий в динамике получено не было ($p > 0,05$). При межгрупповом сопоставлении показатели CDSS в динамике не различались ($3,08 \pm 2,76$ vs $3,50 \pm 2,03$, при $p > 0,05$).

Уровень апатии в основной и контрольной группах при субъективной (с использованием AES-S) и объективной оценке (с использованием AES-C) при первом обследовании был сопоставим ($32,90 \pm 7,42$ vs $32,68 \pm 7,10$ и $39,95 \pm 7,63$ vs $40,91 \pm 5,01$ соответственно, $p > 0,05$). При сопоставлении баллов шкалы апатии в группах сравнения в динамике выявлены значимые различия в объективной оценке апатии ($p < 0,05$), значения самоопросника (AES-S) не различались ($p > 0,05$). Для основной группы среднее значение коэффициента несоответствия составило $1,23 \pm 0,2$, в контрольной – $1,3 \pm 0,3$ при первом обследовании. В динамике данный коэффициент был равен $1,07 \pm 0,24$ в основной группе и $1,27 \pm 0,3$ – в контрольной группе ($p < 0,05$). Таким образом, можно сделать вывод о положительном влиянии МКТ на показатель объективной оценки апатии, а также об уменьшении несоответствия между объективной и субъективной оценкой апатии, при сопоставлении с показателями контрольной группы ($p < 0,05$).

При первом обследовании в группах сравнения показатели общего балла шкалы PSP указывали на значительные затруднения функционирования (в основной группе – $58,35 \pm 13,56$, в контрольной группе – $60,27 \pm 15,33$, $p > 0,05$). На фоне лечения динамика показателя общего балла PSP и баллов изолированных областей функционирования свидетельствовали об улучшении личностного и социального функционирования как в основной, так и в контрольной группах

($p < 0,001$, $p < 0,05$, соответственно), за исключением области социально полезной деятельности, включая работу и учебу (а), где в контрольной группе различий не отмечалось ($p > 0,05$). При межгрупповом сопоставлении баллов в динамике были выявлены значимые различия ($p < 0,05$) в области отношений с близкими и прочими социальными отношениями (b) в группе пациентов, прошедших МКТ.

При исследовании ВМСД по методике «Понимание намека» на этапе включения в исследование показатели общего балла в основной и контрольной группах не различались ($17,43 \pm 2,42$ vs $17,02 \pm 2,30$, $p > 0,05$). В динамике отмечалось улучшение показателей обеих групп. При сопоставлении суммы баллов основной и контрольной групп при втором обследовании были выявлены значимые различия ($19,05 \pm 1,10$ vs $17,57 \pm 2,27$, $p < 0,001$), указывающие на эффективность МКТ в отношении улучшения показателей ВМСД.

Исследование с использованием методики RAD-15 при первом и втором обследовании не выявило статистически значимых межгрупповых различий ($p > 0,05$) при значимом улучшении показателей при оценке в динамике как в основной ($29,05 \pm 7,09$ vs $30,90 \pm 6,86$, $p < 0,05$), так и в контрольной группах ($28,55 \pm 7,59$ vs $30,43 \pm 7,06$, $p < 0,05$).

При оценке по тесту на распознавание эмоций «Лица Экмана» в основной и контрольной группах были выявлены трудности в распознавания эмоций при отсутствии межгрупповых различий ($45,05 \pm 7,07$ vs $43,25 \pm 10,12$, $p > 0,05$). Пациенты хуже распознавали эмоции гнева, и страха, и значительно лучше счастья. В основной группе после проведения МКТ отмечалось улучшение в распознавании эмоции гнева, счастья и показателя суммы баллов ($47,05 \pm 7,20$ vs $45,05 \pm 7,07$). При сопоставлении показателей основной и контрольной групп при втором обследовании было получено значимое различие в идентификации эмоции страха ($p < 0,05$), а также улучшение распознавания печали на уровне тенденции ($p = 0,079$).

Оценка атрибутивного стиля проводилась с использованием шкалы АИИО. Наиболее высокие значения баллов и индексов в группах сравнения отмечались в

преднамеренных ситуациях. При оценке значений в динамике были выявлены статистически значимые различия. В основной группе уменьшение показателей при втором обследовании было выявлено в ВНн ($p < 0,001$), АНн ($p < 0,001$), ВНп ($p < 0,05$), БПп ($p < 0,05$), БЗп ($p < 0,05$), АИИп ($p < 0,05$), АИп ($p < 0,05$), ВИс ($p < 0,05$), БЗс ($p < 0,05$), АИс ($p < 0,05$), в БОн различие отмечалось на уровне тенденции ($p = 0,063$). В контрольной группе также была положительная динамика баллов и индексов АИИ: АНн ($p < 0,05$), БПп ($p < 0,01$), БОп ($p < 0,05$), АИИп ($p < 0,01$), АИп ($p = 0,01$), БПс ($p = 0,05$), БОс ($p < 0,05$), АИИс ($p < 0,05$). При сопоставлении значений баллов и индексов при первом обследовании группы не различались ($p > 0,05$), при втором обследовании в основной и контрольной группах были выявлены значимые различия в ВНн ($p < 0,05$), АНн ($p < 0,05$), ВНп ($p < 0,05$), ВИс ($p < 0,05$) и АИс ($p < 0,05$). Таким образом, в ситуациях разного вида были выявлены статистически значимые различия в динамике в группах сравнения. Обращает на себя внимание большее количество различий в индексах и баллах, оценивающих неоднозначные ситуации, что подтверждает влияние МКТ на уровень немотивированной враждебности и агрессии. При оценке показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности (суммарный показатель ВН, АИИ и АИ) как в основной, так и в контрольной группах в преднамеренных ситуациях отмечались значения, превышающие 42,6 балла, что указывает на высокий риск проявления агрессии. В ситуациях неоднозначного вида у некоторых пациентов значения данного показателя также были выше 42,6 балла. В динамике в обеих группах выявлено снижение рассматриваемого показателя, достигающее значимых различий ($p < 0,05$) в преднамеренных ситуациях. В основной группе, наряду со значимым снижением показателя в преднамеренных ситуациях, отмечалась его положительная динамика и в ситуациях неоднозначных (при $p < 0,05$). При сопоставлении показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в основной и контрольной группах при втором обследовании, в преднамеренных ($28,20 \pm 12,74$ vs $28,39 \pm 8,10$, $p > 0,05$) и случайных ($18,90 \pm 8,3$ vs $21,12 \pm 5,74$, $p > 0,05$) ситуациях различий не отмечалось. В ситуациях неоднозначных ($20,16 \pm 9,30$ vs $23,48 \pm 6,99$, $p = 0,067$) имелись межгрупповые

различия на уровне тенденции. Полученные данные указывают на уменьшение риска немотивированной агрессии у пациентов, прошедших программу МКТ.

В проведенном исследовании были решены все поставленные задачи. При сопоставлении групп пациентов с параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством выявлены значимые различия по ряду клинических характеристик и показателей оценки социально-когнитивных функций, указывающих на бóльшую тяжесть расстройств у лиц с шизофренией. В рамках исследования определены мишени психосоциального вмешательства с возможностью применения дифференцированного подхода к выбору программ психосоциальной (включая когнитивную) терапии. Результаты применения МКТ у пациентов с параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством демонстрируют эффективность тренинга в отношении ряда клинических и социально-когнитивных показателей, а также некоторых параметров личностного и социального функционирования

Полученные данные позволяют сделать вывод о целесообразности широкого применения программы МКТ у пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством в условиях психиатрического дневного стационара, а также психиатрического дневного стационара для психосоциальной реабилитации и отделения оказания психиатрической помощи при расстройствах психотического спектра в условиях дневного стационара психоневрологического диспансера.

ВЫВОДЫ

1. Личностное и социальное функционирование пациентов с параноидной шизофренией нарушено в большей степени по сравнению с пациентами с шизоаффективным расстройством ($p < 0,05$).

2. Пациенты с шизофренией при оценке внутренней модели сознания другого и домена социального знания демонстрируют значительно худшие результаты, чем пациенты с шизоаффективным расстройством ($p < 0,05$).

3. У пациентов с параноидной формой шизофрении в большей степени, чем у пациентов с шизоаффективным расстройством выявляются трудности в распознавании эмоций по лицевой экспрессии, особенно гнева ($p < 0,05$) и удивления ($p < 0,05$).

4. Для пациентов с параноидной формой шизофрении характерно нарушение процесса атрибуции с формированием враждебного атрибутивного стиля, а также значимо более высокие по сравнению с пациентами с шизоаффективным расстройством ($p < 0,05$) показатели риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в ситуациях социального взаимодействия, когда мотивы поведения их участников нейтральны, либо неоднозначны, а их трактовка основывается на общеагрессивной настроенности индивида.

5. К мишеням метакогнитивного тренинга пациентов с параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством относятся 1) враждебный атрибутивный стиль, нарушение регуляции и контроля импульсивности как фактора проявления агрессии; 2) дефицит эмоциональной экспрессии; 3) проявления апатии; 4) нарушения внутренней модели сознания другого, распознавания эмоций по лицевой экспрессии других людей; 5) подозрительность; 6) нарушения критического осмысления имеющегося психического состояния; 7) нарушения социального функционирования, проявляющиеся в виде трудовой дезадаптации, утраты интереса и инициативы при межличностном взаимодействии в проблемах, связанных с самообслуживанием и решением бытовых задач.

6. Метакогнитивный тренинг снижает уровень подозрительности ($p < 0,05$), способствует повышению кооперативности ($p < 0,05$), раппорта ($p < 0,05$), улучшает осознание имеющегося психического расстройства ($p < 0,05$), позволяет снизить объективные показатели выраженности апатии ($p < 0,05$).

7. Метакогнитивный тренинг эффективен в отношении улучшения показателей социально-когнитивного функционирования: внутренней модели сознания другого ($p < 0,05$), а также отношений с близкими и других социальных контактов ($p < 0,05$), улучшения распознавания лицевой экспрессии, в частности, проявлений эмоции страха ($p < 0,05$).

8. У пациентов, прошедших метакогнитивный тренинг, при социальном взаимодействии выявляется снижение враждебности как в ситуациях с однозначно враждебными мотивами поведения участников, так и в ситуациях с нейтральными и неоднозначными мотивами ($p < 0,05$), а также тенденция к более низкому проявлению агрессии в ситуациях, когда мотивы поведения их участников неоднозначны.

9. Метакогнитивный тренинг способствует улучшению личностного и социального функционирования пациентов с параноидной шизофренией и шизаффективным расстройством.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Оценка социально-когнитивных функций у пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством позволяет определять мишени их психосоциальной реабилитации и индивидуализировать подходы к ее осуществлению. Применение метакогнитивного тренинга в практической деятельности медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь, способствует повышению ее качества, позволяет улучшить социальное функционирование больных, их межличностное взаимодействие, критическое осмысление имеющихся проблем, включая психическое состояние, а также снизить уровень враждебности, агрессии и некооперативности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АВП — антипсихотики второго поколения;

АНн — индекс «агрессивных намерений» в неоднозначных ситуациях шкалы АИИО;

АНп — индекс «агрессивных намерений» в преднамеренных ситуациях шкалы АИИО;

АНс — индекс «агрессивных намерений» в случайных ситуациях шкалы АИИО;

АПП — антипсихотики первого поколения;

БЗн — балл «злости» в неоднозначных ситуациях шкалы АИИО;

БЗп — балл «злости» в преднамеренных ситуациях шкалы АИИО;

БЗс — балл «злости» в случайных ситуациях шкалы АИИО;

БОн — балл «обвинения» в неоднозначных ситуациях шкалы АИИО;

БОп — балл «обвинения» в преднамеренных ситуациях шкалы АИИО;

БОс — балл «обвинения» в случайных ситуациях шкалы АИИО;

БПн — балл «преднамеренности» в неоднозначных ситуациях шкалы АИИО;

БПп — балл «преднамеренности» в преднамеренных ситуациях шкалы АИИО;

БПс — балл «преднамеренности» в случайных ситуациях шкалы АИИО;

ВМСД — внутренняя модель сознания другого (англ.: «Theory of mind»);

ВНн — индекс «враждебных намерений» в неоднозначных ситуациях шкалы АИИО;

ВНп — индекс «враждебных намерений» в преднамеренных ситуациях шкалы АИИО;

ВНс — индекс «враждебных намерений» в случайных ситуациях шкалы АИИО;

КБТп — Когнитивно-бихевиоральная (поведенческая) терапия психозов;

МКБ — 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра;

МКТ (МСТ) — Метакогнитивный тренинг (англ.: Metacognitive training);

ПЭТ — Позитронно-эмиссионная томография;

фМРТ — Функциональная магнитно-резонансная томография;

AES — Шкала оценки апатии (англ.: Apathy Evaluation Scale):

AES-C — опросник шкалы оценки апатии, заполняемый врачом или другим специалистом;

AES-I — опросник шкалы оценки апатии для информанта пациента;

AES-S — самоопросник шкалы оценки апатии для пациента;

AIHQ — Шкала «Неоднозначные враждебные намерения» (англ.: Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire);

AIHQн — индекс «обвинения» в неоднозначных ситуациях шкалы AIHQ;

AIHQп — индекс «обвинения» в преднамеренных ситуациях шкалы AIHQ;

AIHQс — индекс «обвинения» в случайных ситуациях шкалы AIHQ;

CDSS — Шкала оценки депрессии при шизофрении Калгари (англ.: Calgary Depression Scale for Schizophrenia);

CET — Терапия, направленная на улучшение когнитивных функций (англ.: Cognitive Enhancement Therapy);

DSM IV-TR — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (англ.: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) IV издание (пересмотренная версия), 2000г.;

DSM-5 — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (пятое издание);

EK-60F — Тест на распознавание эмоций «Лица Экмана» (англ.: The Ekman 60-Faces);

ETIT — Тренинг распознавания эмоций и имитации внутренней модели сознания другого (англ.: Emotion and ToM Imitation Training);

HT — Методика «Понимание намека» (англ.: Hinting Task);

IEP — Программа инструментального улучшения навыков (англ.: Instrumental Enrichment Program);

INT — Комплексная нейрокогнитивная терапия (англ.: Integrated Neurocognitive Therapy);

IPT — Интегративная психологическая терапия (англ.: Integrated Psychological Therapy);

mPFC — медиальная префронтальная кора;

NET — Терапия, направленная на улучшение нейрокогнитивных функций (англ.: Neurocognition Enhancement Therapy);

NIMH — Национальный институт психического здоровья (англ.: National Institute of Mental Health);

PANSS — Шкала позитивной и негативной симптоматики (шкала позитивных и негативных синдромов) (англ.: The Positive and Negative Syndrome Scale);

PFC — префронтальная кора;

PSP — Шкала личностного и социального функционирования (англ.: Personal and Social Performance Scale);

PSYRATS — Шкала оценки психотических симптомов (англ.: The Psychotic Symptom Rating Scales);

RAD — Методика «Отношения между доменами» (англ.: The Relationships Across Domains);

RAD-15 — Методика «Отношения между доменами», сокращенная версия (англ.: The Relationships Across Domains, abbreviated version)

RMET — Тест «Понимание психического состояния по глазам» (англ.: Reading the Mind in the Eyes Test);

SCET — Тренинг по улучшению социального познания (англ.: Social Cognition Enhancement Training);

SCIT — Тренинг социального познания и взаимодействия (англ.: Social Cognition and Interaction Training);

SCST — Тренинг социально-когнитивных навыков (англ.: Social Cognitive Skill Training);

STS — верхняя височная борозда;

TAR — Тренинг распознавания эмоций (англ.: Training of Affect Recognition);

TAU — стандартная терапия (стандартное лечение);

TPJ — височно-теменное соединение;

UPSA — Шкала оценки повседневных навыков Калифорнийского университета (англ.: The UCSD Performance-Based Skills Assessment Battery).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова, А. С. Когнитивный дефицит при шизофрении / А. С. Аведисова, Н. Н. Вериго // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 3. – С. 21–24.
2. Андреева, Г. М. Психология социального познания: монография / Г. М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2000. – 288 с.
3. Андрианова, Н. Е. Нарушения понимания ситуаций социального взаимодействия при шизофрении: дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Андрианова Наталия Евгеньевна. – СПб., 2016. – 228 с.
4. Бабин, С. М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: дисс. ... докт. мед. наук : 14.00.18 / Бабин Сергей Михайлович. – М., 2006. – 525 с.
5. Бурова, В. А. Нейрокогниции и социальные когниции у пациентов, страдающих шизофренией / В. А. Бурова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 2. – С. 86–93.
6. Бурова, В. А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия: Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных / В. А. Бурова; под общ. ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. – М. : «Медпрактика-М», 2015. – С. 86–93.
7. Бурыгина, Л. А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подходов при оказании амбулаторной помощи больным параноидальной шизофренией с частыми обострениями (рецидивами): дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Бурыгина Лариса Андреевна. – М., – 2013. – 149 с.
8. Вид, В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. – СПб. : Питер, 2001. – 432 с.
9. Гаранян, Н. Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Гаранян Наталья Георгиевна. – М., 1986. – 23 с.

10. Голубев, С. А. Отдаленные этапы юношеской шизофрении (клинико-психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты): дисс. ... докт. мед. наук : 14.01.06 / Голубев Сергей Александрович. – М., 2022. – 339 с.

11. Гурович, И. Я. Шизофрения, возникающая или обостряющаяся в периоде инволюции: дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Гурович Исаак Яковлевич. – М., 1965.

12. Гурович, И. Я. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки / И. Я. Гурович, О. О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 2. – С. 9 – 18.

13. Гурович, И. Я. Социальные когниции при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра / И. Я. Гурович, О. О. Папсуев, М. В. Миняйчева, Л. Г. Мовина // – М. : Доктор.Ру, 2014. – № 6. – С.81 – 87.

14. Гурович, И. Я. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер; под общ. ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. – М. : Издательский дом Медпрактика, 2015. – 420 с.

15. Гурович, И. Я. Психиатрическая служба в России в 2006 – 2011 гг. Динамика показателей и анализ процессов развития / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, В. Б. Голланд, Н. М. Зайченко. – М. : Медпрактика – М., 2012. – 599 с.

16. Гурович, И. Я. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, М. В. Магомедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11. – № 4. – С. 31–35.

17. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М. : Весь Мир. – 2001. – 215 с.

18. Дорофейкова, М. В. Структура и факторы развития когнитивных расстройств у больных шизофренией: дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Дорофейкова Мария Владимировна. – СПб., 2017. – 150 с.

19. Дорофейкова, М. В. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция / М. В. Дорофейкова, Н. Н. Петрова // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – №1. – С. 2 – 9.

20. Железняк, И. С. Специальные методы нейровизуализации в психиатрической практике / И. С. Железняк, В. К. Шамрей, И. В. Литвиненко. – СПб. : Изд. ВМедА, 2017. – 64 с.

21. Зайцева, Ю. С. Зеркальные клетки и социальная когниция в норме и при шизофрении / Ю. С. Зайцева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – № 2. – С. 96 – 105.

22. Зверева, Н. В. Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении [Электронный ресурс] / Н. В. Зверева, Я. С. Кутырева, М. В. Казакова // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т. 5. – № 4. – С. 76–92. – DOI: <https://doi.org/10.17759/psyclin.2016050406>.

23. Иванец, Н. Н. Цифровые технологии в сфере психического здоровья: проблемы и перспективы / Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Ю. Г. Тихонова // Национальное здравоохранение. – 2023. – Т. 4. – № 2. – С. 5–14. – DOI: <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.5-14>.

24. Иванов, М. В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / М. В. Иванов, Н. Г. Незнанов. М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 320 с.

25. Иосифян, М. А. Мозговые механизмы нарушения модели психического при расстройствах аутистического спектра и шизофрении: обзор данных фМРТ / М. А. Иосифян, Е. А. Мершина, Д. А. Баженова, В. Е. Сеницын, О. М. Ларина, Е. В. Печенкова // Клиническая и специальная психология. – 2020. – Т. 9. – № 1. – С. 17–46.

26. Кабанов, М. М. Психосоциальная реабилитации и социальная психиатрия / М. М. Кабанов. – СПб. : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1998. – 256 с.

27. Кабанов, М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни / М. М. Кабанов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т.11. – № 1. – С. 22–27.

28. Казаковцев, Б. А. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2019 году: Аналитический обзор / Б. А. Казаковцев, Н. К. Демчева, А. В. Ездовский, О. В. Сидорюк, Т. А. Николаева. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2020. – 145 с.

29. Карякина, М. В. Когнитивные нарушения при шизофрении в зарубежных исследованиях: нарушение отдельных функций или группа синдромов? / М. В. Карякина, О. В. Рычкова, А. Б. Шмуклер // Современная зарубежная психология. – 2021. – Т. 10. – № 2. – С. 8 – 19.

30. Кирьянова, Е. М. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи / Е. М. Кирьянова, Л.И. Сальникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – № 3. – С. 73-75.

31. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. – М., 1991. – 256 с.

32. Кузин, Ю. А. Исследование атрибуции при расстройствах шизофренического спектра / Ю. А. Кузин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 2. – С. 99 – 16.

33. Кузнецов, С. Ю. Динамика показателей социальных когниций и шкалы апатии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших метакогнитивный тренинг / С. Ю. Кузнецов, М. Ю. Кожевникова, Л. Г. Мовина, О. О. Папсуев // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 6. – С. 55 – 61.

34. Кузнецов, С. Ю. Метакогнитивный тренинг: теоретические основы, практические аспекты, эффективность / С. Ю. Кузнецов, М. Ю. Кожевникова, Л. Г. Мовина, О. О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30. – № 1. – С. 97 – 101.

35. Кузнецов, С. Ю. Оценка социальных когниций у пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством при проведении метакогнитивного тренинга: тезисы / С. Ю. Кузнецов, Г. А. Шеметова, О. О. Папсуев // Сборник материалов научной конференции «XIV Всероссийская школа молодых психиатров», 2019. – С. 186.

36. Курек, Н. С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии / Н. С. Курек // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1982. – № 2. – С. 70 – 75.

37. Курек, Н. С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией / Н. С. Курек // Журн. невропатол. и психиатр. – 1988. – № 7. – С. 109 – 113.

38. Лиманкин, О. В. Система психосоциальной помощи больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара: дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Лиманкин Олег Васильевич. – М., 2007. – 175 с.

39. Лиманкин, О. В. Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения / О. В. Лиманкин, С. А. Трущёлев С. А. // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 6. – С. 4 – 15. – DOI: <https://doi.org/10.24411/1560-957X-2019-11949>.

40. Лисакер, П. Изучение и лечение фрагментации при шизофрении с применением концепции метапознания / П. Лисакер, Н. В. Чернов, О. А. Карпенко, Т. В. Моисеева, М. В. Созинова, Н. Д. Дмитриева, В. А. Алешин, Л. Фейф, Г. П. Костюк // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. – № 3. – С. 160–164. – DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro2021121031160>.

41. Лоскутова, В. А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия / В. А. Лоскутова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19. – № 4. – С. 92 – 104.

42. Магомедова, М. В. Значение нейровизуализационных методов в исследовании патогенеза нарушений социальной когниции при шизофрении /

М. В. Магомедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15. – № 4. – С. 92 – 97.

43. Миняйчева, М. В. Опыт применения шкалы оценки апатии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра / М. В. Миняйчева, И. О. Гладышев, К. Г. Кисельникова, Л. Г. Мовина, О. О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – Т. 28. – № 4. – С. 17 – 25.

44. Мнацаканян, Е. В. Нейрофизиологические корреляты различения негативной лицевой экспрессии у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством / Е. В. Мнацаканян, В. В. Крюков, Н. В. Масленников, Э. Э. Цукарзи // Социальная клиническая психиатрия. – 2019. – Т. 29. – № 3. – С. 5 – 10.

45. Мовина, Л. Г. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Мовина Лариса Георгиевна. – М., 2005. – 195 с.

46. Морозова, А. А. Сравнительный анализ шкал для оценки внутренней модели сознания другого (Theory of Mind) у пациентов с первым психотическим эпизодом: пилотное исследование / А. А. Морозова, А. С. Орешкина, Ж. В. Гарах, Ю. С. Зайцева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27. – № 1. – С. 26 – 30.

47. Мосолов, С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. – М. : Новый цвет, 2001. – 238 с.

48. Незнанов, Н. Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / Н.Г. Незнанов, М. В. Иванов – М. : МЕДпресс-информ. – 2021. – 320 с.

49. Незнанов, Н. Г. Биопсихосоциальная психиатрия: руководство для врачей / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо. – М. : СИМК, 2020. – 904 с.

50. Неретин, Е. С. Разработка отечественной версии социально-когнитивного тренинга больных шизофренией с использованием технологии

виртуальной реальности / Е. С. Неретин, Ф. А. Колокольников, А. В. Новиков, Е. М. Лунев, М. В. Карякина, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32. – № 1. – С. 28-33.

51. Новицкий, М. А. Применение параметрических и опросниковых методов исследования депрессивных и тревожных расстройств при шизофрении / М. А. Новицкий, Н. А. Шнайдер, В. А. Бугай, Р. Ф. Насырова // Неврология и Психиатрия. – 2021. – Т. 20. – № 5. – С. 55 – 60.

52. Папсуев, О. О. Психометрические свойства русскоязычной версии методики «Hinting task» / О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, М. В. Миняйчева, К. Г. Кисельникова, И. О. Гладышев, С. Ю. Кузнецов, А. В. Борисова, В. Е. Рубайлова, Л. И. Сальникова, Е. М. Кирьянова, А. Вашинн // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32. – № 1. – С. 13 – 22.

53. Папсуев, О. О. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, М. В. Миняйчева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – № 3. – С. 33 – 36.

54. Папсуев, О. О. Метакогнитивный тренинг для больных шизофренией: описание модуля, подготовка к внедрению в практику отечественных психиатрических учреждений, апробация эффективности: методические рекомендации / О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, М. В. Миняйчева, Ш. Мориц – М. : ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. – 15 с.

55. Папсуев, О. О. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией / О. О. Папсуев, Л. Г. Мовина, Н. Д. Семенова, М. В. Миняйчева, Я. А. Сторожакова, О. В. Лиманкин, А. В. Нарышкин, М. С. Шейфер, Л. А. Арбузова, И. Н. Буянцева, А. А. Железнякова, Ю. Г. Моргунова, О. Б. Мязина, А. В. Палин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 1. – С. 36 – 44.

56. Петрова, Н. Н. Когнитивные нарушения у больных шизофренией на разных этапах течения заболевания / Н. Н. Петрова, М. В. Дорофейкова,

Е. Е. Военкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116. – № 4. – С. 10 – 15.

57. Прибытков, А. А. Нарушения социального функционирования больных шизофренией / А. А. Прибытков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 4. – С. 27 – 29.

58. Руденко, С. Л. Нарушение социального восприятия у больных неврозоподобной шизофренией с обсессивно-фобическим синдромом / С. Л. Руденко // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2022. – Т. 22. – № 3. – С. 322 – 326.

59. Руденко, С. Л. Нарушение социального восприятия у больных параноидной шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Руденко Светлана Львовна. – СПб., 2013. – 220 с.

60. Румянцева, Е. Е. Модель психического (theory of mind) и нейрокогнитивное функционирование при шизофрении / Е. Е. Румянцева // Клиническая и специальная психология. – 2015. – Т. 4. – № 3. – С. 77–85. – DOI: <https://doi.org/10.17759/psyclin.2015040301>.

61. Рычкова, О. В. «Социальный мозг» – новый объяснительный конструкт психологии / О. В. Рычкова // Научные ведомости. Серия Гуманитарные науки. – 2010. – Т. 95. – № 24 (8). – С. 335 – 344.

62. Рычкова, О. В. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией / О. В. Рычкова, Е. П. Сильчук // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – № 2. – С. 5 – 15.

63. Савельева, О. В. Эффективность комплексной реабилитации больных шизофренией / О. В. Савельева, Н. Н. Петрова // Вестник СПбГУ. Медицина. – 2017. – Т. 12. – № 3. – С. 216–224. – DOI: doi.org/10.21638/11701/spbu11.2017.301.

64. Самойлова, Д. Д. Эмоциональный интеллект как показатель когнитивного функционирования у пациентов с шизофренией / Д. Д. Самойлова, Ю. Б. Барыльник // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13. – № 4. – С. 834 – 838.

65. Симонова, Н. А. Нейрофизиологические механизмы нарушения зрительного восприятия при шизофрении / Н. А. Симонова, Ж. В. Гарах, Ю. С. Зайцева, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. – 24. – № 1. – С. 81. – 89.

66. Солохина, Т. А. Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты): дисс. ... докт. мед. наук : 14.00.18 / Солохина Татьяна Александровна. – М., 2003. – 447с.

67. Софронов, А. Г. Оптимизация долгосрочных результатов лечения шизофрении при длительной комплексной терапии препаратом палиперидона пальмитатом в сочетании с психосоциальными вмешательствами в амбулаторных условиях / А. Г. Софронов, А. П. Грицевская, Т. А. Савельев, Т. А. Корман // Социальная клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27. – № 1. – С. 39 – 47.

68. Софронов, А. Г. Нейрокогнитивный дефицит и социальное функционирование при шизофрении: комплексная оценка и возможная коррекция / А. Г. Софронов, А. А. Спикина, А. П. Савельев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 1. – С. 33 – 37.

69. Усов, Г. М. Концепция раннего вмешательства в терапии шизофрении / Г. М. Усов, Д. Ю. Коломыцев // Современная терапия психических расстройств. – 2023. – № 1. – С. 3–13. – DOI: <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2023.69.86.001>.

70. Уткин, А. А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации: дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Уткин Александр Александрович. – М., 2009. – 153 с.

71. Ханнанова, А. Н. Клинико-динамические характеристики негативных расстройств и нейрокогнитивных нарушений у больных параноидной шизофренией: дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.06 / Ханнанова Ангелина Наилевна. – М., 2013. – 223 с.

72. Хломов, Д. Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Хломов Даниил Нестерович. – М., 1984. – 177 с.

73. Хмара, Н. В. Метод определения враждебного атрибутивного стиля у лиц с шизофренией и близким к ней расстройствам как фактора риска проявления агрессии / Н. В. Хмара, О. А. Скугаревский // авт. разработ. Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет». – 2021. – 17 с.

74. Хмара, Н. В. Феномен агрессии у лиц с шизофренией / Н. В. Хмара, О. А. Скугаревский // Проблемы здоровья и экологии. – 2021. – Т 18. – №. 2. – С. 66–70. – DOI: <https://doi.org/10.515223/2708-6011.2021-18-2-10>.

75. Холмогорова, А. Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Холмогорова Алла Борисовна. – М., 1983. – 219 с.

76. Холмогорова, А. Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, А. А. Долныкова, А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 67 – 77.

77. Шамрей, В. К. Современные методы нейровизуализации в психиатрической практике / В. К. Шамрей, Г. Е. Труфанов, Е. Ю. Абриталин, А. В. Корзенев // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 2. – С. 74 – 83.

78. Швец, К. Н. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор) / К. Н. Швец, И. С. Хамская // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2019. – Т. 5. – № 2. – С. 72-85. – DOI: <https://doi.org/10.515223/2708-6011.2021-18-2-10>.

79. Шизофрения. Клинические рекомендации / Российское общество психиатров. – Москва, 2019. – 133 с. – DOI: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/451_2.

80. Шизофрения: уязвимость — диатез — стресс — заболевание / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова, Н. С. Шейнина, В. В. Зайцев. – СПб. : Гипократ+, 2004. – 336 с.

81. Шмилович, А. А. Соотношение уровня социального функционирования и выраженности психопатологии у больных параноидной шизофренией в ремиссии / А. А. Шмилович, С. Н. Гончаренко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116. – №. 3. – С. 10-14. – DOI: 10.17116/jnevro20161163110-14.

82. Шмуклер, А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: дисс. ...докт. мед. наук : 14.00.18 / Шмуклер Александр Борисович. – М., 1999. – 432 с.

83. Шмуклер, А. Б. Структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении: роль интегративной перцепции / А. Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – №. 3. – С. 86 – 95.

84. Шмуклер, А. Б. Шизофрения / А. Б. Шмуклер. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 176 с.

85. Янушко, М. Г. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: современные представления в свете дименсионального подхода / М. Г. Янушенко, М. В. Иванов, А. В. Сорокина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – № 24. – С. 90-95.

86. Ястребов, В. С. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации / В. С. Ястребов, В. Г. Митихин, Т. А. Солохина, И. И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т 108. – № 6. – С.4-10.

87. Addington, D. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale / J.Addington, E. Maticka-Tyndale // Br. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 163. – № 22. – P. 39–44.

88. Addington, J. Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis? / Addington J., H. Saeedi, D. Addington // Schizophr. Res. – 2006. – Vol. 1 – 3. – N. 85. – P. 142–150. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.03.028>.

89. Adolphs, R. The neurobiology of social cognition / R. Adolphs // *Curr. Opin in Neurobiol.* – 2001. – Vol. 11. – P. 231 – 239.
90. Adolphs, R. The social brain: neural basis of social knowledge / R. Adolphs // *Annu. Rev. Psychol.* – 2009. – Vol. 60. – P. 693–716. – DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163514>.
91. Agbor, C. The role of cognitive behavioral therapy in the management of psychosis / C. Agbor, G Kaur, F. M. Soomro, V.C. Eche, A. Urhi, O. E. Ayisire, A Kilanko, F. Babalola, C. Eze-Njoku, N. J. Adaralegbe, B. Aladum, O. Oyeleye-Adegbite, G. O Anugwom // *Cureus.* – 2022. – Vol. 14. – № 9. – DOI: [10.7759/cureus.28884](https://doi.org/10.7759/cureus.28884)
92. Aghotor, J. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): feasibility and preliminary evidence for its efficacy / J. Aghotor, U. Pfueller, S. Moritz, M. Weisbrod, D. Roesch-Ely // *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry.* – 2010. – Vol. 41. – № 3. – P. 207–211.
93. Almeida, O. P. Clinical and cognitive diversity of psychotic states arising in late life / O. P. Almeida, R. J.Howard, R. Levy, A. S. David, R. G.Morris, B. J. Sahakian // *Psychol. Med.* – 1995. – Vol. 25. – P. 699–714.
94. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
95. American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
96. Amodio, D. M. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition / D. M. Amodio, C. D. Frith // *Nat. Rev. Neurosci.* – 2006. – Vol. 7. – P. 268–277.
97. Andreasen, N. C. Assessment issues and the cost of schizophrenia / N. C. Andreasen // *Schizophr Bull.* – 1991. – Vol. 17. – № 3. – P. 475–481.
98. Anticevic, A. Amygdala recruitment in schizophrenia in response to aversive emotional material: A meta-analysis of neuroimaging studies / A. Anticevic,

J. X. van Snellenberg, R. E. Cohen, G. Repovs, E. C. Dowd, D. M. Barch // *Schizophr. Bull.* – 2012. – Vol. 38. – № 3 – P. 608–621. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq131>.

99. Averbeck, B. B. Emotion recognition and oxytocin in patients with schizophrenia / B. B. Averbeck, T. Bobin, S. Evans, S.S. Shergill // *Psychological Medicine.* – 2012. – Vol. 42. – P. 259 – 266.

100. Ayesa-Arriola, R. Evidence for trait related Theory of Mind impairment in first episode psychosis patients and its relationship with processing speed: A 3 year follow-up study / R. Ayesa-Arriola, E. Setién-Suero, K. D. Neergaard; A. Ferro, M. Fatjó-Vilas; M. Ríos-Lago, S. Otero, J. M. Rodríguez-Sánchez, B. Crespo-Facorro // *Front. Psychol.* – 2016. – Vol. 7. – DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00592.

101. Balzan, R. P. Metacognitive training for patients with schizophrenia: preliminary evidence for a targeted, single-module programme / R. P. Balzan, P. H. Delfabbro, C. A. Galletly, T. S. Woodward // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* – 2014. – Vol. 48. – № 12. – P. 1126–1136.

102. Balzan, R. P. Individualised metacognitive training (MCT+) reduces delusional symptoms in psychosis: a randomized clinical trial / R. P. Balzan, J. K. Matisse, P. Delfabbro, D. Liu, C. Galletly // *Schizophrenia Bulletin.* – 2019. – Vol. 45. – N. 1. – P. 27–36. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sby152>.

103. Balzan, R. P. Cognitive deficit awareness in schizophrenia: Absent, intact, or somewhere in-between? / R. P. Balzan, A. Neaves, L. A. Denson, D. Liu, C. Galletly // *Cognitive Neuropsychiatry.* – 2014. – Vol. 19. – № 6. – P. 471–484. – DOI: <https://doi.org/10.1080/13546805.2014.909311>.

104. Bechi, M. Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: preliminary findings / M. Bechi, R. Riccaboni, S. Ali, F. Fresi, M. Buonocore, M. Bosia, F. Cocchi, E. Smeraldi, R. Cavallaro // *Psychiatry research.* – 2012. – Vol. 198. – № 3. – P. 371–377.

105. Bellack, A. S. Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH sponsored workshop / A. S. Bellack, M. F. Green, J. A. Cook, W. Fenton, P. D. Harvey,

R. K. Heaton, T. Laughren, A. C. Leon, D. J. Mayo, D.L. Patrick, T. L. Patterson, A. Rose, E. Stover, T. Wykes // *Schizophr. Bull.* – 2007. – Vol. 3. – № 33. – P. 805–822. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl035>.

106. Bellani, M. Cognitive remediation in schizophrenia: the earlier the better? / M. Bellani, C. Ricciardi, M. G. Rossetti, N. Zovetti, C. Perlini, P. Brambilla // *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* – 2019. – Vol. 29. – № 57. – DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796019000532>.

107. Bentall, R. P. Social cognition and delusional beliefs / R. P. Bentall, P. W. Corrigan, D. L. Penn (Eds.). // *Social Cognition and Schizophrenia.* American Psychological Association. – 2001. – P. 123–148. – DOI: <https://doi.org/10.1037/10407-004>.

108. Bentall, R. P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration / R. P. Bentall, R. Corcoran // *Clin. Psychol. Rev.* – 2001. – Vol. 21. – № 8. – P. 1143–192.

109. Berry, K. An investigation of attributional style, theory of mind and executive functioning in acute paranoia and remission / K. Berry, S. Bucci, P. Kinderman, R. Emsley, R. Corcoran // *Psychiatry Res.* – 2015. – Vol. 226. – P. 84–90. – DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.009>.

110. Bhagyavathi, H. D. The relationship between empathy, emotion processing and clinical insight in remitted schizophrenia patients / H. D. Bhagyavathi, U. M. Mehta, J. Thirthalli // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2014. – Vol. 264. – P. 551–553.

111. Bickart, K. The amygdala as a hub in brain networks that support social life / K. Bickart, B. Dickerson L. Barrett // *Neuropsychologia.* – 2014. – Vol. 63. – P. 235–248. – DOI: [10.1016/j.neuropsychologia.2014.08.013](https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2014.08.013).

112. Bighelli, I. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis / I. Bighelli, A. Rodolico, H. García-Mieres, G. Pitschel-Walz, W-P. Hansen, J. Schneider-Thoma, S. Siafis, H. Wu, D. Wang, G. Salanti, T. A. Furukawa, C. Barbui, S. Leucht // *Lancet Psychiatry.* – 2021. – Vol. 8. – P. 969–80. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1).

113. Bittner, R. A. Recent Developments in Treating Cognitive Impairment Associated with Schizophrenia / R. A. Bittner, C. V. Barnes-Scheufler, M. D. Hettwer, A. Reif, M. Qubad // Preprints. – 2021. – DOI: <https://doi.org/10.20944/preprints202105.0257.v1>.

114. Bleuler, E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien / E. Bleuler.// In Handbuch der Psychiatrie. – 1911.

115. Bora, E. 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 / E. Bora, A. Eryavuz, B. Kayahan, G. Sungu, B. Veznedaroglu // Psychiatry Res. – 2006. – Vol. 145. – P. 95–103.

116. Bouwmans, C. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia / C. Bouwmans, C. Sonnevile de, C. L. Mulder, L. Hakkaart-van Roijen Neuropsychiatr // Dis. Treat. – 2015. – Vol. 11. – P. 2125–2142. – DOI: 10.2147/NDT.S83546.

117. Bowie, C. R. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms / C. R. Bowie, A. Reichenberg, T. L. Patterson, R. K. Heaton, P. D. Harvey // Am J Psychiatry. – 2006. – Vol. 163. – P. 418–425.

118. Boyer, L. Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia / L. Boyer, V. Aghababian, R. Richieri, A. Loundou, R. Padovani, M. C. Simeoni, P. Auquier, C. Lançon // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. – 2012. – Vol. 36. – P. 271–276.

119. Brambilla, M. Oxytocin to modulate emotional processing in schizophrenia: A randomized, double-blind, cross-over clinical trial / M. Brambilla, M. Cotelli, R. Manenti, J. Dagani, D. Sisti, M. Rocchi, M. Balestrieri, S. Pini, S. Raimondi, F. M. Saviotti, P. Scocco, G. Girolamo // Eur. Neuropsychopharmacol. – 2016. – Vol. 26. – P. 1619–1628.

120. Brebion, G. Source monitoring in schizophrenia: characterization and associations with positive and negative symptomatology / G. Brebion, G. M. Gorman, X. Amador, D. Malaspina, Z. Sharif // Psychiatry Res. – 2002. – Vol. 112. – P. 27–39.

121. Brekke, J. S. How neurocognition and social cognition influence functional change during community-based psychosocial rehabilitation for individuals with schizophrenia / J. S. Brekke, M. Hoe, J. Long, M. F. Green // *Schizophr. Bull.* – 2007. – Vol. 33. – P. 1247–1256.

122. Briki, M. Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial / M. Briki, J. Monnin, E. Haffen, D. Sechter, J. Favrod, C. Netillard, E. Cheraitia, K. Marin, S. Govyadovskaya, G. Tio, B. Bonin, J- C. Chauvet-Gelinier, S. Leclerc, Y. Hodé, P. Vidailhet, F. Berna, A. Zinetti Bertschy, P. Vandel // *Schizophrenia research.* – 2014. – Vol. 157. – № 1 – 3. – P. 99–106.

123. Brothers, L. The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain / L. Brothers // *Concepts Neurosci.* – 1990. – Vol. 1. – P. 27–61.

124. Brown, E.C. A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia / E. C. Brown, C. Tas, H. Can, A. Esen-Danaci, M. Brüne // *Compr. Psychiatry.* – 2014. – Vol. 55. – P. 25–32. – DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.10.001.

125. Brüne, M. «Theory of Mind» in Schizophrenia: A Review of the Literature / M. Brüne // *Schizophr. Bull.* – 2005. – Vol. 1. – № 31. – P. 21 – 42.

126. Brüne M. Theory of mind – evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology / M. Brüne, U. Brüne-Cohrs // *Neurosci Biobehav. Rev.* – 2006. – Vol. 30. – P. 437–455. – DOI:10.1016/j.neubiorev.2005.08.001.

127. Brunet-Gouet E. Social brain dysfunctions in schizophrenia: a review of neuroimaging studies / E. Brunet-Gouet, J. Decety // *Psychiat. Res.* – 2006. – Vol. 148. – P. 75–92.

128. Buck, B. E. Social cognition in schizophrenia: Factor structure, clinical and functional correlates / B. E. Buck, K. M.Healey, E. C. Gagen, D. L. Roberts, D. L. Penn // *Journal of Mental Health.* – 2016. – Vol. 25. – P. 330–337. – DOI: <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124397>.

129. Budziszewska, M. D. Love and romantic relationships in the voices of patients who experience psychosis: An interpretive phenomenological analysis /

M. D. Budziszewska, M. Babiuch-Hall, K. Wielebska // *Front. Psychol.* – 2020. – Vol. 11. – DOI: 10.3389/fpsyg.2020.570928.

130. Bukovskaya, O. Oxytocin and Social Cognitions in Schizophrenia: A Systematic Review / O. Bukovskaya, A. Shmukler // *Psychiatr Q.* – 2016. – Vol. 3. – N. 87. – DOI: 10.1007/s11126-015-9407.

131. Byerly, M. J. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia / M. J. Byerly, P. A. Nakonezny, E. Lescouflair // *Psychiatric Clinics of North America.* – 2007. – Vol. 30. – № 3. – P. 437–452.

132. Cabanis, M. The precuneus and the insula in self – attributional processes / M. Cabanis, M. Pyka, S. Mehl, B.W. Müller, S. Loos-Jankowiak, G. Winterer, W. Wölwer, F. Musso, S. Klingberg, A. M. Rapp, K. Langohr, G. Wiedemann, J. Herrlich, H. Walter, M. Wagner, K. Schnell, K. Vogeley, H. Kockler, N. J. Shah, T. Stöcker, R. Thienel, K. Pauly, A. Krug, T. Kircher // *Cogn Affect Behav Neurosci.* – 2013. – Vol. 13. – P. 330–345.

133. Candido, C. L. Attributional style in paranoid vs. depressed patients / C. L. Candido, D.M. Romney // *Br. J. Med. Psychol.* – 1990. – Vol. 63. – № 4. – P. 355–363. – DOI: <https://http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1990.tb01630.x>.

134. Carter, C. S. CNTRICS final task selection: social cognitive and affective neuroscience-based measures, / C. S. Carter, D. M. Barch, R. Gur, A. Pinkham, K. Ochsner // *Schizophr Bull.* – 2009. – Vol. 35. – P. 153–162.

135. Cassetta, B. Theory of mind reasoning in schizophrenia patients and non-psychotic relatives / B. Cassetta, V. Goghari // *Psychiatry Res.* – 2014. – Vol. 218. – P. 12–19. – DOI: 10.1016/j.psychres.2014.03.043.

136. Castelnovo, A. Schizophrenia: from neurophysiological abnormalities to clinical symptoms / A. Castelnovo, F. Ferrarelli, A. D'Agostino // *Frontiers in psychology.* – 2015. – Vol. 6. – № 5. – DOI:10.3389/fpsyg.2015.00478.

137. Cavieres, Á. Social Perception Deficit as a Factor of Vulnerability to Psychosis: A Brief Proposal for a Definition / Á. Cavieres, P. López-Silva // *Front. Psychol.* – 2022. – Vol. 13. – DOI: 10.3389/fpsyg.2022.805795.

138. Chen, Q. Metacognitive training: a useful complement to community-based rehabilitation for schizophrenia patients in China / Q. Chen, Y. Sang, L. Ren // *BMC Psychiatry*. – 2021. – Vol 21. – № 38. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03039-y>.
139. Combs, D. R. Social cognition and interaction training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings / D. R. Combs, S. D. Adams, D. L. Penn, D. Roberts, J. Tiegreen, P. Stem // *Schizophr Res.* – 2007. – Vol. 91. – P. 112–116. – DOI: 10.1016/j.schres.2006.12.010.
140. Combs, D. R. The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social cognitive biases in paranoia / D. R. Combs, D. L. Penn, M. Wicher, E. Waldheter // *Cog. Neuropsychiatry*. – 2007. – Vol. 12. – № 2. – P. 128–143.
141. Corcoran, R. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating «theory of mind» in people with schizophrenia / R. Corcoran, G. Mercer, C. D. Frith // *Schizophr. Res.* – 1995. – Vol.17. – № 1. – P. 5–13.
142. Cornblatt, B. Cognitive and behavioral precursors of schizophrenia / B. Cornblatt, M. Obuchowski, S. Roberts, S. Pollack, L. Erlenmeyer-Kimling // *Dev Psychopathol.* – 1999. – Vol. 11. – № 3. – P. 487–508.
143. Corrigan, P. W. Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia / P. W. Corrigan, R. Toomey // *Schizophrenia Bulletin*. – 1995. – Vol. 21. – № 3. – P. 395–403.
144. Couture, S. M. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review / S. M. Couture, D. L. Penn, D. L. Roberts // *Schizophr. Bull.* – 2006. – Vol. 1. – № 32. – P. 44–63.
145. Damasio, A. The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness / A. Damasio // *Perception*. – 2000. – Vol. 29. – № 11. – P. 1397–1398. – DOI:10.1068/p2911rvw.
146. David, A. S. Insight and psychosis / A. S. David // *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. – 1990. – Vol. 156. – P. 798–808.

147. David, A. S. Insight and psychosis: The next 30 years / A. S. David // *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. – 2019. – Vol. 217. – P. 521 – 523. – DOI: 10.1192/bjp.2019.217.
148. Davis, M. C. Oxytocin-augmented social cognitive skills training in schizophrenia / M. C. Davis, M. F. Green, J. Lee, W. P. Horan, D. Senturk, A. D. Clarke, S. R. Marder // *Neuropsychopharmacology*. – 2014. – Vol. 39. – P. 2070–2077.
149. Decety, J. When the self represents the other: a new cognitive neuroscience view on psychological identification / J. Decety, T. Chaminade // *Conscious Cogn.* – 2003. – Vol. 12. – P. 577–596.
150. Derntl, B. Angry but not neutral faces facilitate response inhibition in schizophrenia patients / B. Derntl, U. Habel // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2017. – Vol. 267. – P. 621–627. – DOI: 10.1007/s00406-016-0748-8.
151. Dimaggio, G. Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: multiple paths of influence of self-reflection on mindreading / G. Dimaggio, P. H. Lysaker, A. Carcione, G. Nicolò, A. Semerari // *Conscious. Cogn.* – 2008. – Vol. 17. – P. 778–789.
152. Dore, B. P. In *APA Handbook of Personality and Social Psychology: Attitudes and Social Cognition* (eds Mikulincer, M. & Shaver, P. R.) / B. P. Dore, N. Zerubavel, K. N. Ochsner // *American Psychological Association*. – 2015. – Vol. 1. – P. 693–720.
153. Dowd, E. C. Anhedonia and Emotional Experience in Schizophrenia: Neural and Behavioral Indicators / E. C. Dowd, D. M. Barch // *Biol. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 67. – N. 10. – P. 902–911. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.10.020>.
154. Drusch, K. Effects of training of affect recognition on the recognition and visual exploration of emotional faces in schizophrenia / K. Drusch, S. Stroth, D. Kamp, N. Frommann, W. Wölwer // *Schizophr. Res.* – 2014. – Vol. 159. – P. 485–490. – DOI: 10.1016/j.schres.2014.09.003.
155. Dziwota, E. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia / E. Dziwota, M. Z. Stepulak, A. Włoszczak-Szubzda, M. Olajossy //

Annals of Agricultural and Environmental Medicine. – 2018. – Vol. 25. – № 1. – P. 50–55. – DOI: 10.5604/12321966.1233566.

156. Edwards, J. Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: A methodological review / J. Edwards, H. J. Jackson, P. E. Pattison // Clin. Psychol. Rev. – 2002. – Vol. 22. – № 6. P. 789–832. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00130-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00130-7).

157. Eichner, C. Acceptance and efficacy of metacognitive training (MCT) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a meta-analysis taking into account important moderators / C. Eichner, F. Berna // Schizophrenia Bulletin. – 2016. – Vol. 42. – № 4. – P. 952–962.

158. Ekman, P. Pictures of Facial Affect / P. Ekman, W. Friesen // Consulting Psychologist's Press. Palo Alto. CA. – 1976.

159. Elgie, R. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations-a review / R. Elgie, P. L. Morselli // Bipolar Disord. – 2007. – Vol. 9. – P. 144–157. – DOI:10.1111/j.1399-5618.2007.00339.

160. Elis, O. Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions / O. Elis, J. M. Caponigro, A. M. Kring // Clin. Psychol. Rev. – 2013. – Vol. 33. – № 8. – P. 914–928.

161. Favrod, J. / Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia / J. Favrod, A. Maire, S. Bardy, S. Pernier, C. Bonsack // Journal of advanced nursing. – 2011. – Vol. 67. – № 2. – P. 401–407.

162. Fekete, Z. Efficacy of metacognitive training on symptomseverity, neurocognition and social cognition in patients with schizophrenia: A single-blind randomized controlled trial / Z. Fekete, E. Vass, R. Balajthy, Ü Tana, A. C. Nagy, B. Oláh, N. Domján, I. S. Kuritárné // Scandinavian Journal of Psychology. – 2022. – Vol. 63. – P. 321–333. DOI: 10.1111/sjop.12811.

163. Fekete, Z. Verbal manifestations of metacognitive and social cognitive operations in patients with schizophrenia who received metacognitive training / Z. Fekete,

E. Vass, M. Farkas Pocs, R. Balajthy, I. S. Kuritárné // *Current Psychology*. – 2023. – Vol. 42. – P. 14872–14885. – DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02794-9>.

164. Fervaha, G. Neurocognitive impairment in the deficit subtype of schizophrenia / G. Fervaha, O. Agid, G. Foussias, I. Siddiqui, H. Takeuchi, G. Remington // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2016. – Vol. 266. – № 5. – P. 397–407. – DOI: [10.1007/s00406-015-0629-6](https://doi.org/10.1007/s00406-015-0629-6).

165. Fett, A. K. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis / A. K. Fett, W. Viechtbauer, M. D. G. Dominguez, D. L. Penn, J. Os, L. Krabbendam // *Neurosci Biobehav Rev.* – 2011. – Vol. 35. – P. 573–588.

166. Feyer, F. K. Social Perception Predicts Awareness of Illness in Persons With Schizophrenia / F. K. Feyer, S. Andersson, C. B. Büchmann, I. Melle, O. A. Andreassen, A. Vaskinn // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2020. – Vol. 208. – № 9. – P. 701–705. – DOI: [10.1097/NMD.0000000000001185](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001185).

167. Fischer-Shofty, M. Characterization of the effects of oxytocin on fear recognition in patients with schizophrenia and in healthy controls / M. Fischer-Shofty, S. G. Shamay-Tsoory, Y. Levkovitz // *Front Neurosci.* – 2013. – Vol. 7. – DOI: [10.3389/fnins.2013.00127](https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00127).

168. Foussias, G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and occam's razor / G. Foussias, G. Remington // *Schizophr. Bull.* – 2010. – Vol. 36. – P. 359–369.

169. Frangou, S. Early onset schizophrenia: cognitive and clinical characteristics / S. Frangou // *The early course of schizophrenia*. – 2006. – P. 59–69.

170. Freeman, D. Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions / D. Freeman // *Clinical psychology review*. – 2007. – Vol. 27. – № 4. – P. 425–457.

171. Freeman, D. Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review / D. Freeman, P. Garety // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 2014. – Vol. 49. – N. 8. – P. 1179–1189.

172. Freeman, D. Delusions and decision-making style: use of the need for closure scale / D. Freeman, P. Garety, E. Kuipers, S. Colbert, S. Jolley, D. Fowler, G.

Dunn, P. Bebbington // *Behaviour Research and Therapy*. – 2006. – Vol. 44. – N 8. – P. 1147–1158. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.002>.

173. Friston, K. The dysconnection hypothesis / K. Friston, H. R. Brown, J. Siemerkus, K. E. Stephan // *Schizophr. Res.* – 2016. – Vol. 176. – P. 83–94.

174. Frith, C.D. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia* / C. D. Frith – Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates. – 1992. – 169 p.

175. Frith, C. D. Mechanisms of social cognition. / C. D. Frith, U. Frith // *Annu. Rev. Psychol.* – 2011. – Vol. 63. – P. 287–313. – DOI:10.1146/annurev-psych-120710-100449.

176. García, R. R. Cognición social en esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos. Social cognition in schizophrenia: cognitive and neurobiological aspects / R. R. García, F. Aliste, G. Soto // *Revista Colombiana de Psiquiatría*. – 2018. – Vol. 47. – № 3. – P. 170 – 176. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.03.004>.

177. Garety, P. A. Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence / P. A. Garety, D. Freeman // *Br. J. Clin. Psychol.* – 1999. – Vol. 38. – P. 113 – 154.

178. Garety, P. A. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis / P. A. Garety, E. Kuipers, D. Fowler, D. Freeman, P. E. Bebbington // *Psychological medicine*. – 2001. – Vol. 31. – № 2. – P. 189–195.

179. Geiger, A. Distinct functional roles of the mirror neuron system and the mentalizing system / A. Geiger, K. Vogeley, G. Bente, S. Lammers, R. Tepest, D. Roth, D. Bzdok, // *NeuroImage*. – 2019. – Vol. 202. – DOI: 10.1016/j.neuroimage.2019.116102.

180. Gibson, C. M. A pilot six-week randomized controlled trial of oxytocin on social cognition and social skills in schizophrenia / C. M. Gibson, D. L Penn, K. L. Smedley, J. Leserman, T. Elliott, C. A. Pedersen // *Schizophrenia Research*. – 2014. – Vol. 156. – P. 261–265.

181. Goh, K. K. Oxytocin in Schizophrenia: Pathophysiology and Implications for Future Treatment / K. K. Goh, C-H. Chen, H-Y. Lane // *Int. J. Mol. Sci.* – 2021. – Vol. 22. – DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms22042146>.

182. Goldman, M. Divergent effects of two different doses of intranasal oxytocin on facial affect discrimination in schizophrenic patients with and without polydipsia / M. Goldman, A. M. Gomes, C. S. Carter, R. Lee // *Psychopharmacology (Berl.)*. – 2011. – Vol. 216. – P. 101–110. DOI: 10.1007/s00213-011-2193-8.

183. Goldman, M. Diminished plasma oxytocin in schizophrenic patients with neuroendocrine dysfunction and emotional deficits / M. Goldman, M. Marlow-O'Connor, I. Torres, C. S. Carter // *Schizophrenia Research*. – 2008. – Vol. 98. – P. 247–255.

184. Gorostiaga, A. Functioning in patients with schizophrenia: a systematic review of the literature using the international classification of functioning, disability and health (ICF) as a reference / A. Gorostiaga, N. Balluerka, G. Guilera, J. Aliri, M. Barrios // *Qual. Life Res.* – 2017. – Vol. 26. – № 3. – P. 531–543. – DOI: 10.1007/s11136-016-1488.

185. Grave, J. Facial emotion processing in schizophrenia: a review of behavioural and neural correlates / J. Grave, S. C. Soares, M. J. Martins, N. Madeira // *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*. – 2017. – Vol. 4. – № 3. – DOI: [https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(Suppl.3\).S06](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S06).

186. Grave, J. The effects of perceptual load in processing emotional facial expression in psychotic disorders / J. Grave, S. C. Soares, S. Morais, P. Rodrigues, N. Madeira // *Psychiatry Res.* 2017. – Vol. 250. – P. 121–128. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.028>.

187. Green, M. F. Cognition in schizophrenia: Past, present, and future / M. F. Green, P. D. Harvey // *Schizophr. Res. Cogn.* – 2014. – Vol. 1. – P. 51 – 59.

188. Green, M. F., Social cognition in schizophrenia / M. F. Green, W. P. Horan, J. Lee // *Nat. Rev. Neurosci.* – 2015. – Vol. 16. – P. 620–631. – DOI: <https://http://dx.doi.org/10.1038/nrn4005>.

189. Green M. F. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS / M. F. Green, R. S. Kern., R. K. Heaton // *Schizophr. Res.* – 2004. – Vol. 1. – № 72. – P. 41–51.

190. Green, M. F. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities / M. F. Green, D. L. Penn, R. Bentall,

W. T. Carpenter, W. Gaebel, R. C. Gur, A. M. Kring, S. Park, S. M. Silverstein, R. Heinssen // *Schizophr Bull.* – 2008. – Vol. 34. – № 6. – P. 1211–1220. – DOI: 10.1093/schbul/sbm145.

191. Gur, R. E. An fMRI study of facial emotion processing in patients with schizophrenia / R. E. Gur, C. McGrath, R. M. Chan, L. Schroeder, T. Turner, B. I. Turetsky, C. Kohler, D. Alsop, J. Maldjian, J. D. Ragland, R. C. Gur // *American Journal of Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – № 12. – P. 1992–1999. – DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.1992>.

192. Gurovich, I. Y. Cognitive bias salience in patients with schizophrenia in relation to social functioning: a four – case observation study / I. Y. Gurovich, O. O. Papsuev, A. B. Shmukler, L. G. Movina, Y. A. Storozhakova, E. M. Kiryanova // *PsyCh. Journal.* – 2016. – Vol. 5. – № 1. – P. 36 – 47.

193. Habel, U. Neural correlates of emotion recognition in schizophrenia / U. Habel, N. Chechko, K. Pauly, K. Koch, V. Backes, N. Seiferth, N. J. Shah, T. Stöcker, F. Schneider, T. Kellermann // *Schizophr. Res.* – 2010. – Vol. 122. – № 1 – 3. – P. 113–123. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.06.009>.

194. Häfner, H. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives / H. Häfner, K. Maurer // *World Psychiatry.* – 2006. – Vol. 3. – № 5. – P. 130–138.

195. Hahn, B. Posterior parietal cortex dysfunction is central to working memory storage and broad cognitive deficits in schizophrenia / B. Hahn, B.M. Robinson, C. J. Leonard, S. J. Luck, J.M. Gold // *J. Neurosci.* – 2018. – Vol. 38. – № 39. – P. 8378–8387. – DOI: <https://doi.org/10.1523/jneurosci.0913-18.2018>.

196. Hall, J. Social cognition and face processing in schizophrenia / J. Hall, J. M. Harris, R. Sprengelmeyer, A. Sprengelmeyer, A. W. Young, I. M. Santos, E. C. Johnstone, S. M. Lawrie // *British journal of psychiatry: the journal of mental science.* – 2004. – Vol. 185. – P. 169–170. – DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.169>.

197. Harvey, P. D. Cognitive dysfunction in schizophrenia: An expert group paper on the current state of the art / P. D. Harvey, M. Bosia, R. Cavallaro, O. D. Howes,

R. S. Kahn, S. Leucht, D. R. Muller, R. Penades, A. Vita // *Schizophrenia Research*. – 2022. – Vol. 29. – DOI: 10.1016/j.scog.2022.100249.

198. Harvey, P. D. Cognition, social cognition, and functional capacity in early-onset schizophrenia / P. D. Harvey, E. C. Isner // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. – 2020. – Vol. 29. – № 1. P. – 171–182. – DOI: 10.1016/j.chc.2019.08.008. Epub 2019 Sep 23.

199. Heaton, R. Neuropsychological deficits in schizophrenia: Relationship to age, chronicity and dementia / R. Heaton, J. S. Paulsen, L. A. McAdams, J. Kuck, S. Zisook, D. Braff, J. Harris, D. V. Jeste // *Archives of General Psychiatry*. – 1994. – Vol. 51. – № 6. – P. 469–476.

200. Holt, D. J. Increased medial temporal lobe activation during the passive viewing of emotional and neutral facial expressions in schizophrenia / D. J. Holt, L. Kunkel, A. P. Weiss, D. C. Goff, C. I. Wright, L. M. Shin, S. L. Rauch, J. Hootnick, S. Heckers // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 82. – №. 2 – 3. – P. 153–162. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.09.021>.

201. Holt, D. J. Sustained activation of the hippocampus in response to fearful faces in schizophrenia / D. J. Holt, A. P. Weiss, S. L. Rauch, C. I. Wright, M. Zalesak, D. C. Goff, T. Ditman, R. C. Welsh, S. Heckers // *Biol. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 57. – № 9. – P. 1011–1029. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.033>.

202. Hooker, C. I. Theory of mind skills are related to gray matter volume in the ventromedial prefrontal cortex in schizophrenia / C. I. Hooker, L. Bruce, S. H. Lincoln, M. Fisher, S. Vinogradov // *Biol. Psychiat.* – 2011. – Vol. 70. – P. 1169–1178.

203. Horan, W. P. An update on treatment of cognitive impairment associated with schizophrenia / W. P. Horan, L. T. Catalano, M. F. Green // *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. – 2023. – Vol. 63. – P. 407–436. – DOI: 10.1007/7854_2022_382.

204. Horan, W. P. Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions / W. P. Horan, M. F. Green // *Schizophrenia Research* – 2019. – Vol 203. P. 3–11. DOI: 10.1016/j.schres. 2017.07.013.

205. Hotte-Meunier A. Effects of metacognitive training (MCT) on social cognition for schizophrenia spectrum and related psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis / A. Hotte-Meunier, D. Penney, D. Mendelson, É Thibaudeau, S. Moritz, M. Lepage, G. Sauvé // *Psychological Medicine* – 2023. – DOI: [https:// doi.org/10.1017/S0033291723002611](https://doi.org/10.1017/S0033291723002611).

206. Hou, C. L. Affiliations Expand Cognitive functioning in individuals at ultra-high risk for psychosis, first-degree relatives of patients with psychosis and patients with first-episode schizophrenia / C. L. Hou, Y. T. Xiang, Z. L. Wang, I. Everall, Yi. Tang, C. Yang, M. Z. Xu, C. U. Correll, F. J. Jia // *Schizophrenia Research*. – 2016. – Vol. 174. – № 1 – 3. – P. 71 – 76. – DOI:10.1016/j.schres.2016.04.034.

207. Howes, O. D. The nature of dopamine dysfunction in schizophrenia and what this means for treatment: metaanalysis of imaging studies / O. D. Howes, J. Kambeitz, E. Kim, D. Stahl, M. Slifstein, A. Abi-Dargham, S. Kapur // *Archives of General Psychiatry*. – 2012. – Vol. 69. – № 8. – P. 776–786.

208. Howes, O. D. Schizophrenia: An integrated socio developmental – cognitive model / O. D. Howes, R. M. Murray // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383 (9929). – P. 1677–1687. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62036-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62036-X).

209. Huang, J. Perceptual bias of patients with schizophrenia in morphed facial expression / J. Huang, R. C. K. Chan, J. K. Gollan, W. Liu, Z. Ma, Z. Li, Q. Gong // *Psychiatry Res*. – 2011. – Vol. 185. – № 1. – P. 60–65. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.05.017>.

210. Huhn, M. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis / M. Huhn, A. Nikolakopoulou, J. Schneider-Thoma, M. Krause, M. Samara, N. Peter, T. Arndt, L. Bäckers, P. Rothe, A. Cipriani, J. Davis, G. Salanti, S. Leucht // *Lancet*. – 2019. – Vol. 394. – № 10202. – P. 939–951.

211. Ivleva, E. I. Cognitive endophenotypes of psychosis within dimension and diagnosis / E. I. Ivleva, D. W. Morris, J. Osuji, A. F. Moates, T. J. Carmody, G. K. Thaker,

M. Cullum, C. Tamminga // *Psychiatry Res.* – 2012. – Vol. 196. – №. 1. – P. 38–44. – DOI:10.1016/j.psychres.2011.08.021.

212. Jääskeläinen, E. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia / E. Jääskeläinen, P. Juola, N. Hirvonen, J. J. McGrath, S. Saha, M. Isohanni, J. Veijola, J. Miettunen // *Schizophrenia bulletin.* – 2012. – Vol. 39. – N 6. – P. 1296–1306.

213. Javed, A. The Importance of Social Cognition in Improving Functional Outcomes in Schizophrenia / A. Javed, A. Charles // *Front. Psychiatry.* – 2018. – Vol. 9. – № 157. – DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00157.

214. Jeon, I. H. Attributional style in healthy persons: its association with «theory of mind» skills / I. H. Jeon, K. R. Kim, H. H. Kim, J. Y. Park, M. Lee, H. H. Jo, S. J. Koo, U. J. Jeong, Y. Y. Song, J. I. Kang, S. Y. Lee, E. Lee, S. K. An // *Psychiatry Investig.* – 2013. – Vol 10. – № 1. – P. 34–40.

215. Jesle, D. V. Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late – onset schizophrenia / D. V. Jesle, M. J. Harris, A. Krull, J. Kuck, L. A. McAdams, R. Heaton // *Am. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 152. – P. 722–730.

216. Ji, E. Adjunctive selective estrogen receptor modulator increases neural activity in the hippocampus and inferior frontal gyrus during emotional face recognition in schizophrenia / E. Ji, C. S. Weickert, R. Lenroot, J. Kindler, A. J. Skilleter, A. Vercammen, C. White, R. E. Gur, T. W. Weickert // *Transl. Psychiatry.* – 2016. – Vol. 6. – № 5. – DOI: 10.1038/tp.2016.59.

217. Jiang, J. Metacognitive training for schizophrenia: a systematic review / J. Jiang, L. Zhang, Z. Zhu, W. Li, C. Li // *Shanghai archives of psychiatry.* – 2015. – Vol. 27. – № 3. – P. 149 – 157. DOI: 10.11919/j.issn.1002-0829.215065.

218. Jobe, T. H. Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review / T. H. Jobe, M. Harrow // *Can. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 50. – № 15. – P. 892–900. – DOI: 10.1177/070674370505001403.

219. Johannesen, J. K. Diagnostic specificity of neurophysiological endophenotypes in schizophrenia and bipolar disorder / J. K. Johannesen,

B. F. O'Donnell, A. Shekhar, J. H. McGrew, W. P. Hetrick // *Schizophr. Bull.* – 2013. – Vol. 6. – № 39. – P. 1219–1229.

220. Jolley, S. Attributional style in psychosis-the role of affect and belief type / S. Jolley, P. Garety, P. Bebbington, G. Dunn, D. Freeman, E. Kuipers, D. Fowler, D. Hemsley // *Behav. Res. Ther.* – 2006. – Vol. 44. – № 11. – P. 1597–1607.

221. Kamel, N. Social Cognition in Schizophrenia: A Review Study / N. Kamel, F. Al Qahtani // *Journal of Psychiatry.* – 2019. – Vol. 9. – P. 81–97.

222. Kaney, S. Persecutory delusions and attributional style / S. Kaney, R. P. Bentall // *British Journal of Medical Psychology.* – 1989. – Vol. 62. – № 2. – P. 191–198.

223. Kapur, S. Atypical antipsychotics: new directions and new challenges in the treatment of schizophrenia / S. Kapur, G. Remington // *Annu. Rev. Med.* – 2001. – Vol. 52. – P. 503–517.

224. Karpouzian, T. M. High functioning individuals with schizophrenia have preserved social perception but not mentalizing abilities / T. M. Karpouzian, E. C. Alden, J. L. Reilly, M. J. Smith // *Schizophr. Res.* – 2016. – Vol. 171. – P. 137–139. – DOI: 10.1016/j.schres.2016.01.029.

225. Kawohl, W. Sozialpsychiatrie und neurobiologie: eine längst fällige annäherung am beispiel der schizophrenie / W. Kawohl, C. Wyss, P. Roser, M. Brüne, W. Rössler, G. Juckel // *Der Nervenarzt.* – 2017. – Vol. 88. – № 5. – P. 510–519. – DOI: 10.1007/s00115-016-0179-9.

226. Kay, S. R. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // *Schizophr. Bull.* – 1987. – Vol. 13. – № 2. – P. 261–276.

227. Kee, K. S. Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? / K. S. Kee, M. F. Green, J. Mintz, J. S. Brekke // *Schizophr. Bull.* – 2003. – Vol. 29. – P. 487–497.

228. Keefe, R. S. E. A longitudinal study of neurocognitive function in individuals at – risk for psychosis / R. S. E Keefe, D. Perkins, H. Gu, R. B. Zipursky,

B. K. Christensen, J. A. Lieberman // *Schizophrenia Research*. – 2006. – Vol. 88. – № 1 – 3. – P. 26–35. – DOI:10.1016/j.schres.2006.06.041.

229. Kelemen, O. Improvement of Theory of Mind in Schizophrenia: A 15-Year Follow-Up Study / O. Kelemen, A. Mátyássy, S. Kéri // *Psych*. – 2019. – Vol. 1. – № 1. – P. 420–428.

230. Keri, S. Different trait markers for schizophrenia and bipolar disorder: a neurocognitive approach / S. Keri, O. Kelemen, G. Benedek, Z. Janka // *Psychol Med*. – 2001. – Vol. 31. – № 5. – P. 915–922.

231. Kim, D. W. Early visual processing deficits in patients with schizophrenia during spatial frequency-dependent facial affect processing / D. W. Kim, Shim M, Song M. J, C. H. Im, S. H. Lee // *Schizophr. Res*. – 2015. – Vol. 161. – № 2 – 3. – P. 314–321. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.12.020>.

232. Kimoto, S. Lower expression of glutamic acid decarboxylase 67 in the prefrontal cortex in schizophrenia: contribution of altered regulation by Zif268 / S. Kimoto, H. H. Bazmi, D. A. Lewis, // *American Journal of Psychiatry*. – 2014. – Vol. 171. – P. 969–978.

233. Kimoto, S. Neurobiology and treatment of social cognition in schizophrenia: Bridging the bed-bench gap / S. Kimoto, M. Makinodan, T. Kishimoto // *Neurobiology of Disease*. – 2018. – Vol. 131. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2018.10.022>.

234. Kinderman, P. Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal, and situational attributions for negative events / P. Kinderman, R. P. Bentall // *J. Abnorm. Psychol*. – 1997. – Vol. 106. – P. 341–345.

235. Kinderman, P. Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation / P. Kinderman, R. P. Bentall // *J. Abnorm. Psychol*. – 1996. – Vol. 105. – P. 106–113.

236. Kluver, H. Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys / H. Kluver, P. C. Bucy // *Jornal Neuropsychiatry Clin. Neurosci*. – 1997. – Vol. 9. – № 4. – P. 606–620.

237. Koelkebeck, K. Impact of gray matter reductions on theory of mind abilities in patients with schizophrenia / K. Koelkebeck, K. Hirao, J. Miyata, T. Saze,

U. Dannlowski, S. Ubukata, P. Ohrmann, J. Bauer, A. Pedersen, H. Fukuyama, N. Sawamoto, H. Takahashi, T. Murai // *Soc. Neurosci.* – 2013. – Vol. 8. – № 6. – P 631–639.

238. Koenigs, M. Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements / M. Koenigs, L. Young, R. Adolphs, D. Tranel, F. Cushman, M. Hauser, A. Damasio // *Nature.* – 2007. – Vol. 446. – P. 908–911.

239. Kohler, C. G. Emotion recognition deficit in schizophrenia: Association with symptomatology and cognition / C. G. Kohler, W. Bilker, M. Hagendoorn, R. E. Gur, R. C. Gur // *Biol. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 48. – № 2. – P. 127–136. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00847-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00847-7).

240. Kohler, C. G. Facial emotion perception in schizophrenia: A meta-analytic review / C. G. Kohler, J. B. Walker, E. A. Martin, K. M. Healey, P. J. Moberg // *Schizophr. Bull.* – 2010. – Vol. 36. – N. 5. – P. 1009–1019. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn192>.

241. Kolvin, C. The phenomenology of childhood psychoses / C. Kolvin, M. Ounsted, M. Humphrey, A. McNay // *Br. J. Psychiatry.* – 1971. – Vol. 118. – P. 385–395.

242. Korkmaz, B. Theory of mind and neurodevelopmental disorders of childhood / B. Korkmaz // *Pediatr. Res.* – 2011. – Vol. 69. – P. 101–108. – DOI:10.1203/PDR.0b013e318212c177.

243. Kosaka, H. Differential amygdala response during facial recognition in patients with schizophrenia: An fMRI study / H. Kosaka, M. Omori, T. Murata, T. Iidaka, H. Yamada, T. Okada, T. Takahashi, N. Sadato, H. Itoh, Y. Yonekura, Y. Wada // *Schizophr. Res.* – 2002. – Vol. 57. – № 1. – P. 87–95. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00324-3](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00324-3).

244. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 8th edn // Leipzig: J. A. Barth. – 1915. – № 4.

245. Kronbichler, L. Abnormal brain activation during theory of mind tasks in schizophrenia: a metaanalysis / L. Kronbichler, M. Tschernegg, A. I. Martin, M. Schurz,

M. Kronbichler // *Schizophr. Bull.* – 2017. – Vol. 43. – № 6. – P. 1240–1250. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx073>.

246. Kumar, D. Effect of metacognitive training in the reduction of positive symptoms in schizophrenia / D. Kumar, C. Andreou, B. C. Schneider, C. E. Wittekind, M. Menon, R. P. Balzan, T. S. Woodward // *European Journal of Psychotherapy and Counselling.* – 2010. – Vol. 12. – № 2. – P. 149–158.

247. Lahera, G. Hostile attributions in bipolar disorder and schizophrenia contribute to poor social functioning / G. Lahera, S. Herrera, M. Reinares, A. Benito, M. Rullas, J. González-Cases, E. Vieta // *Acta. Psychiatr. Scand.* – 2015. – Vol. 131. – P. 472–82. – DOI: 10.1111/acps.12399.

248. Lahera, G. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) versus Training in Affect Recognition (TAR) in patients with schizophrenia: A randomized controlled trial / G. Lahera, A. Reboreda, A. Vallespi, C. Vidal, V. Lopez, A. Aznar, P. Fernandes, M. Escolar, G. Martines-Ales, R. Rodrigues-Jimenez, T. Halverson, N. Frommann, W. Wölwer, D. L. Penn // *Journal of Psychiatric Research.* – 2021. – Vol. 142. – P. 101–109.

249. Landry, M. Estrogenic properties of raloxifene, but not tamoxifen, on D2 and D3 dopamine receptors in the rat forebrain / M. Landry, D. Lévesque, T. Di Paolo // *Neuroendocrinology.* – 2002. – Vol. 76. – P. 214–222. – DOI: 10.1159/000065951.

250. Langdon, R. Impairments of spontaneous and deliberative mentalizing co-occur, yet dissociate, in schizophrenia / R. Langdon, M. Flynn, E. Connaughton, M. Brüne // *The British journal of psychiatry: the journal of mental science.* – 2017. – Vol. 56. – P. 372–387. – DOI: 10.1111/bjc.12144.

251. Lee, B. Clinical Utility and Psychometric Properties of the Apathy Evaluation Scale / B. Lee, C. Gleason, E. Umucu // *Rehabil. Psychol.* – 2020. – Vol. 65. – № 3. – P. 311–312.

252. Leucht, S. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials / S. Leucht, D. Arbter, R. R. Engel, W. Kissling, J. M. Davis // *Molecular psychiatry.* – 2009. – Vol. 14. – № 4. – P. 429–447. DOI: 10.1038/sj.mp.4002136.

253. Li, H. Facial emotion processing in patients with schizophrenia and their non-psychotic siblings: A functional magnetic resonance imaging study / H. Li, R. C. K. Chan, Q. Gong, Y. Liu, S. Liu, D. Shum, Z. L. Ma // *Schizophr. Res.* – 2012. – Vol. 134. – № 2 – 3. – P. 143 – 150. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.10.019>.

254. Li, H. Facial emotion processing in schizophrenia: A meta-analysis of functional neuroimaging data / H. Li, R. C. K. Chan, G. M. McAlonan, Q. Y. Gong // *Schizophr. Bulls.* – 2010. – Vol. 36. – № 5. – P. 1029–1039. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn190>.

255. Lincoln, T. M. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review / T. M. Lincoln, E. Lüllmann, W. Rief // *Schizophr. Bull.* – 2007. – Vol. 33. – P. 1324–1342. – DOI: 10.1093/schbul/sbm002.

256. Lopez-Morinigo, J.-D. Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis / J.-D. Lopez-Morinigo, O. Ajnakina, A. Sánchez-Escribano Martínez, P.-J. Escobedo-Aedo, V. González Ruiz-Ruano, S. Sánchez-Alonso, L. Mata-Iturralde, L. Muñoz-Lorenzo, S. Ochoa, E. Baca-García, A. S. // *David Psychological Medicine.* – 2020. – Vol. 50. – P. 2289–2301. – DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291720003384>.

257. Lyon, H. M. The defensive function of persecutory delusions. Evidence from attribution tasks / H. M. Lyon, S. Kaney, R. P. Bentall // *Br. J. Psychiatry.* – 1994. – Vol. 164. – P. 637–646. – DOI: <https://http://dx.doi.org/10.1192/bjp.164.5.637>.

258. Lysaker, P. H. Metacognitive deficits predict impaired insight in schizophrenia across symptom profiles: A latent class analysis / P. H. Lysaker, E. Gagen, A. Wrigh, J. L. Vohs, M. Kukla, P. T. Yanos, I. Hasson-Ohayon // *Schizophr. Bull.* – 2019. – Vol. 45. – P. 48–56.

259. Lysaker, P. H. Metacognition and social function in schizophrenia: associations of mastery with functional skills competence / P. H. Lysaker, B. P. McCormick, G. Snethen, K. D. Buck, J. A. Hamm, M. Grant, G. Nicolò, G. Dimaggio // *Schizophr. Res.* – 2011. – Vol. 131. – P. 214–218.

260. Maj, M. The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management / M. Maj, J. Os, M. De Hert, W. Gaebel // *World Psychiatry*. – 2021. – Vol. 20. – № 1. – P. 4–33. – DOI:10.1002/wps.20809.

261. Marin R. S. Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale / R. S. Marin, R. C. Biedrzycki, S. Firinciogullari // *Psychiatry Res.* – 1991. – Vol. 38. – P. 143–162.

262. Martin, A. Neural foundations for understanding social and mechanical concepts / A. Martin, J. Weisberg // *Cogn. Neuropsychol.* – 2003. – Vol. 20. – P. 575–587.

263. Mathersul, D. Understanding advanced theory of mind and empathy in high-functioning adults with autism spectrum disorder / D. Mathersul, S. McDonald, J. A. Rushby // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. – 2013. – Vol. 35. – P. 655–668. – DOI:10.1080/13803395.2013.809700.

264. Mathews, J. R. Emotion responsivity, social cognition, and functional outcome in schizophrenia / J. R. Mathews, D. M. Barch // *J. Abnorm. Psychol.* – 2010. Vol. 119. – N. 1. – P. 50–59. – DOI: 10.1037/a0017861.

265. Mazza, M. New evidence in theory of mind deficits in subjects with chronic schizophrenia and first episode: correlation with symptoms, neurocognition and social function / M. Mazza, R. Pollice, F. Pacitti, M. C. Pino, M. Mariano, S. Tripaldi, M. Casacchia, R. Roncone // *Riv. Psichiatr.* – 2012. – Vol. 47. – P. 327–336. – DOI: 10.1708/1139.12561.

266. McCleery, A. Longitudinal stability of social cognition in schizophrenia: A 5-year follow – up of social perception and emotion processing / A. McCleery, J. Lee, A. P. Fiske, L. Ghermezi, J. N. Hayata, G. S. Helleman, W. P. Horan, K. S. Kee, R. S. Kern, B. J. Knowlton // *Schizophr. Res.* – 2016. – Vol. 176. – P. 467–472.

267. McIntosh, A. M. Neuropsychological impairments in people with schizophrenia or bipolar disorder and their unaffected relatives / A. M. McIntosh, L. K. Harrison, K. Forrester, S. M. Lawrie, E. C. Johnstone // *Br J Psychiatry*. – 2005. – № 186. – P. 378–385. – DOI:10.1192/bjp.186.5.378.

268. Mehl, S. Implicit attributional style revisited: evidence for a state-specific «self – decreasing» implicit attributional style in patients with persecutory delusions /

S. Mehl, W. Rief, E. Lullmann, M. Ziegler, M. J. Müller, T. M. Lincoln // *Cogn. Neuropsychiatry*. – 2010. – Vol. 15. – № 5. – P. 451–476.

269. Mendelson, D. Remote group therapies for cognitive health in schizophrenia-spectrum disorders: Feasible, acceptable, engaging / D. Mendelson, É. Thibaut, G. Sauv , K. M. Lavigne, C. R. Bowie, M. Menon, T. S. Woodward, M. Lepage, D. Raucher-Ch n  // *Schizophrenia Research: Cognition*. – 2022. – Vol. 28. – P. 1–9. – DOI: 10.1016/j.scog.2021.100230.

270. Messinger, J. W. Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: implications for DSM – 5 and schizophrenia research / J. W. Messinger, F. Tremeau, D. Antonius, E. Mendelsohn, V. Prudent, A. D. Stanford // *Clin. Psychol. Rev.* – 2011. – Vol. 31. – P. 161–168.

271. Meyer-Lindenberg, A. Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine / A. Meyer-Lindenberg, G. Domes, P. Kirsch, M. Heinrichs // *Nat. Rev. Neurosci.* – 2011. – Vol. 12. – P. 524–538.

272. Mier, D. Social-cognitive deficits in schizophrenia / D. Mier, P. Kirch // *Curr. Top. Behav. Neurosci.* – 2017. – Vol. 30. – P. 397–409. – DOI: 10.1007/7854_2015_4271.

273. Minyaycheva, M. Insight into negative symptoms as an important target for psychosocial rehabilitation in relation to clinical characteristics / M. Minyaycheva, I. Gladyshev, O. Papsuev // *Schizophr. Bull.* – 2018. – Vol. 44. – № 1. – P. 213.

274. Mitchell, R. L. Theory of mind in bipolar disorder, with comparison to the impairments observed in schizophrenia / R. L. Mitchell, A. H. Young // *Front. Psychiatry*. – 2016. – Vol. 6. – DOI: 10.3389/fpsy.2015.00188.

275. Moritz, S. Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia / S. Moritz, C. Andreou, C. Schneider Brooke, C. E. Wittekind, M. Menon, R. P. Balzan, Woodward T.S. // *Clinical psychology review*. – 2014. – Vol. 34. – № 4. – P. 358–366.

276. Moritz, S. Monocausal attribution and its relationship with reasoning biases in schizophrenia / S. Moritz, R. P. Bentall, K. Kolbeck, D. Roesch-Ely, // *Schizophr. Res.* – 2018. – Vol. 193. – P. 77–82. – DOI: 10.1016/j.schres.2017.06.057.

277. Moritz, S. Do depressive symptoms predict paranoia or vice versa? / S. Moritz, A. S. Göritz, B. McLean, S. Westermann, J. Brodbeck // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2017. – Vol. 56. – P. 113–121. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.10.002>.

278. Moritz, S Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments / S. Moritz, J. P. Klein, P. H. Lysaker, S. Mehl // *Dialogues in clinical neuroscience*. – 2019. – Vol. 21. – № 3. – P. 309–317. – DOI:10.31887/DCNS.2019.21.3/smoritz.

279. Moritz, S. Metacognitive training for psychosis (MCT): past, present, and future / S. Moritz, M. Menon, R. Balzan, T. S. Woodward // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2023. – Vol. 273. – P. 811–817. – DOI: <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01394-9>.

280. Moritz, S. Sustained and « sleeper » effects of group metacognitive training for schizophrenia: a randomized clinical trial / S. Moritz, R. Veckenstedt, C. Andreou, F. Bohn, B. Hottenrott, L. Leighton, U. Köther, T. S. Woodward, A. Treszl, M. Menon, B. C. Schneider, U. Pfueller, D. Roesch – Ely // *Jama. Psychiatry*. – 2014. – Vol. 71. – № 10. – P. 1103–1111.

281. Moritz, S. Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia / S. Moritz, R. Veckenstedt, F. Bohn, B. Hottenrott, F. Scheu, S. Randjbar, J. Aghotor, U. Köther, T. S. Woodward, A. Treszl, C. Andreou, U. Pfueller, D. Roesch – Ely // *Schizophrenia research*. – 2013. – Vol. 151. – № 1–3. – P. 61–69.

282. Moritz, S. Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia / S. Moritz, F. Vitzthum, S. Randjbar, R. Veckenstedt, T. S. Woodward // *Current opinion in psychiatry*. – 2010. – Vol. 23. – № 6. – P. 561–569.

283. Moritz, S. The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test / S. Moritz, R. Werner, G. Collani // *Cognitive neuropsychiatry*. – 2006. – Vol. 11. – № 4. – P. 402–415.

284. Moritz, S. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy / S. Moritz, T. S. Woodward // *German Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 10. – № 3. – P. 69–78.

285. Moritz, S. Metacognitive skill training for patients with schizophrenia (MCT) / S. Moritz, T. S. Woodward, M. Burlon // *Manual*. Hamburg: VanHam Campus Verlag. – 2005.

286. Moritz, S. Subjective versus objective cognition: Evidence for poor metacognitive monitoring in schizophrenia / S. Moritz, R. P. Balzan, F. Bohn, R. Veckenstedt, K. Kolbeck, J. Bierbrodt, M. Dietrichkeit // *Schizophrenia Research*. – 2016. – Vol. 178. – № 13. – P. 74–79. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.021>.

287. Morosini, P. L. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P. L. Mororsini, L. Magliano, L. Brambilla, S. Ugolini, R. Pioli // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2000. – Vol. 101. – № 4. – P. 323–329.

288. Morrison, A. K. Cognitive behavior therapy for people with schizophrenia / A. K. Morrison // *Psychiatry (Edgmont)*. – 2009. – Vol. 6. – №12. – P. 32–39.

289. Morrison, A. P. Cognitive behavioural therapy for clozapine-resistant schizophrenia: the FOCUS RCT / A. P. Morrison, M. Pyle, A. Gumley, M. Schwannauer, D. Turkington, G. MacLennan, J. Norrie, J. Hudson, S. Bowe, P. French, P. Hutton, R. Byrne, S. Syrett, R. Dudley, H. J. McLeod, H. Griffiths, T. R. Barnes, L. Davies, G. Shields, D. Buck, S. Tully, D. Kingdon // *Health Technol Assess.* – 2019. – Vol. 23. – № 7. – DOI: <https://doi.org/10.3310/hta23070>.

290. Murphy, P. The paranoia as defence model of persecutory delusions: a systematic review and meta-analysis / P. Murphy, R. P. Bentall, D. Freeman, S. O'Rourke, P. Hutton // *Lancet Psychiatry*. – 2018. – Vol. 5. – № 11. – P. 913–929. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30339-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30339-0).

291. Nasrallah, H. Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia / H. Nasrallah, Morosini P., Gagnon D.D. // *Psychiatry Research*. – 2008. – Vol. 161. – P. 213 – 224.

292. Ng, R. Insight and theory of mind in schizophrenia / R. Ng, S. Fish, E. Granholm // *Psychiatry Res.* – 2015. – Vol. 225. – P. 169–174. – DOI: 10.1016/j.psychres.2014.11.010.

293. Niendam, T. A. A prospective study of childhood neurocognitive functioning in schizophrenic patients and their siblings / T. A. Niendam, C. E. Bearden, I. M. Rosso, L. E. Sanchez, T. Hadley, K. H. Nuechterlein, T. Cannon // *Am. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 160. – № 11. – P. 2060–2062. – DOI:10.1176/appi.ajp.160.11.2060.

294. Nikolaides, A. Restricted attention to social cues in schizophrenia patients / A. Nikolaides, S. Miess, I. Auvera, R. Müller, J. Klosterkötter, S. Ruhrmann // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2016. – Vol. 266. – P. 649–661. – DOI: 10.1007/s00406-016-0705-6.

295. Novick, D. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: Results from a 1-year European outpatient observational study / D. Norvick, W. Montgomery, T. Treuer, J. Aguado, S. Kraemer, J. M. Haro // *BMC Psychiatry.* – 2015. – Vol. 15. – P. 189.

296. Ochoa, S. Randomized control trial to assess the efficacy of metacognitive training compared with a psycho-educational group in people with a recent-onset psychosis / S. Ochoa, R. López-Carrilero, M. Barrigón, E. Pousa, A. Barajas, E. Lorente-Rovira, F. González-Higueras, E. Grasa, I. Ruiz-Delgado, J. Cid, I. Birulés, I. Esteban-Pinos, R. Casañas, A. Luengo, P. Torres-Hernández, I. Corripio, M. Montes-Gámez, M. Beltran, A. De Apraiz, L. Domínguez-Sánchez, E. Sánchez, B. Llacer, T. Pélaez, J. L. Bogas, S. Moritz // *Psychological Medicine.* – 2017. – Vol. 47. – № 9. – P. 1573–1584. DOI:10.1017/S0033291716003421.

297. Okruszek, Ł. Mentalizing abilities mediate the impact of the low-level social cognitive processes on negative symptoms / Ł. Okruszek, M. Chrustowicz, M. Jarkiewicz, M. Krawczyk, V. Manera, A. Piejka, A. Schudy, M. Wiśniewska, A. Wysokiński // *Journal of Psychiatric Research.* – 2020. – Vol. 155. – № 4. – P. 85–89.

298. Palha, F. Effectiveness of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) in Community Settings in Portugal / F. Palha, D. L. Roberts // *Health*. – 2019. – Vol. 11. – P.1581–1590.

299. Palumbo, F. Social cognition deficits in amyotrophic lateral sclerosis: A pilot cross-sectional population-based study / F. Palumbo, B. Iazzolino, L. Peotta, A. Canosa, U. Manera, M. Grassano, F. Casale, G. Pellegrino, M. G. Rizzone, R. Vasta, S. Moglia, A. Calvo // *European journal of neurology*. – 2022. – Vol. 29. – P. 2211–2219. – DOI: 10.1111/ene.15388.

300. Pankowski, D. The effectiveness of metacognitive training for patients with schizophrenia: a narrative systematic review of studies published between 2009 and 2015 / D. Pankowski, J. Kowalski, Ł. Gawęda // *Psychiatria polska*. – 2016. – Vol. 50. – № 4. – P. 787–803.

301. Pantelis, C. D. Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross – sectional and longitudinal MRI comparison / C. D. Pantelis, D. Velakoulis, P. D. McGorry, S. J. Wood, J. Suckling, L. J. Phillips, A. R. Yung, E. T. Bullmore, W. Brewer, B. Soulsby, P. Desmond, P. K. McGuire // *Lancet*. – 2003. – Vol. 361. – № 9354. – P. 281–288. – DOI:10.1016/S0140-6736(03)12323-9.

302. Papsuev, O. Self-Assessment of amotivation and insight into patients with schizophrenia / O. Papsuev, L. Movina, M. Minyaycheva, L. Luther // *Schizophr. Bull.* – 2017. – P. 124.

303. Pelletier-Baldelli, A. Are negative symptoms merely the «real world» consequences of deficits in social cognition? / A. Pelletier-Baldelli, D. J. Holt // *Schizophr. Bull.* – 2020. – Vol. 46. – № 2. – P. 236–241.

304. Penn, D. L. Social cognitive impairments. In: J. A. Lieberman, T. S. Stroup, D. O. Perkins *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia* / D. L. Penn, J. Addington, A. Pinkham, J. A. Lieberman, T. S. Stroup, D. O. Perkins // *American Psychiatric Publishing*. – 2006. – P. 261–274.

305. Penn, D. L. Best practices: the development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders / D. L. Penn,

D. L. Roberts, D. Combs, A. Sterne // *Psychiatr Serv.* – 2007. – Vol. 58. – P. 449–461. – DOI: 10.1176/ps.2007.58.4.449.

306. Penney, D. Efficacy, maintenance effects, and moderators of metacognitive training (MCT) for psychosis: A systematic review and meta-analysis / D. Penney, G. Sauv e, D. Mendelson,   Thibaudeau, S. Moritz, M. Lepage // *JAMA Psychiatry.* – 2022. – Vol. 79. – №5. – P. 417–429. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0277.

307. Philipp, R. Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults: A systematic review and meta-analysis (METACOG) / R. Philipp, L. Kriston, J. Lanio, F. K hne, M. H rter, S. Moritz, Meister R. // *Clinical Psychology & Psychotherapy.* – 2019. – Vol. 26. – 2. P. 227–240. doi: 10.1002/cpp.2345.

308. Phillips, M. L. Neurobiology of emotion perception II: implications for major psychiatric disorders / M. L. Phillips, W. C. Drevets, S. L. Rauch, R. Lane. // *Biological Psychiatry.* – 2003. – Vol. 54. – № 5. – P 515–528.

309. Pinkham, A. E. The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel / A. E. Pinkham, D. L. Penn, M. F. Green, B. Buck, K. Healey, P. D. Harvey // *Schizophr. Bull.* – 2014. – Vol. 40. – № 4. – P. 813–823. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt081>.

310. Porcelli, S. Social brain, social dysfunction and social withdrawal / S. Porcelli, N. Van Der Wee, S. van Der Werff, M. Aghajani, J. C. Glennon, S. van Heukelum, F. Mogavero, A. Lobo, F. J. Olivera, E. Lobo, M. Posadas, J. Dukart, R. Kozak, E. Arce, A. Ikram, J. Vorstman, A. Bilderbeck, I. Saris, M. Kas, A. Serretti // *Neurosci. Biobehav.* – 2019. – Vol. 97. – P. 10–33. – DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.012.

311. Premkumar, P. Misattribution bias of threat-related facial expressions is related to a longer duration of illness and poor executive function in schizophrenia and schizoaffective disorder / P. Premkumar, M. A. Cooke, D. Fannon, E. Peters, T. M. Michel, I. Aasen, R. M. Murray, E. Kuipers, K. Veena // *Eur. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 23. – № 1. – P. 14–19. – DOI: 10.1016/j.eurpsy.2007.10.004.

312. Randjbar, S. Attributional biases in paranoid schizophrenia: further evidence for a decreased sense of self-causation in paranoia / S. Randjbar, R. Veckenstedt, F. Vitzthum, B. Hottenrott, S. Moritz // *Psychosis*. – 2011. – Vol. 3. – P. 74–85. – DOI: <https://doi.org/10.1080/17522431003717675>.

313. Rapoport, J. L. Neurodevelopmental model of schizophrenia: update / J. L. Rapoport, J. N. Giedd, N. Gogtay // *Mol. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 17. – № 12. – P. 1228–1238. – DOI: 10.1038/mp.2012.23.

314. Realmuto, S. Social cognition dysfunctions in patients with epilepsy: Evidence from patients with temporal lobe and idiopathic generalized epilepsies / S. Realmuto, L. Zummo, C. Cerami, L. Agro, A. Dodich, N. Canessa, A. Zizzo, B. Fierro, O. Daniele // *Epilepsy Behav.* – 2015. – Vol. 47. – P. 98–103. – DOI: 10.1016/j.yebeh.2015.04.048.

315. Rizzolatti, G. The organization of the cortical motor system: new concepts / G. Rizzolatti, G. Luppino, M. Matelli // *EEG Clin. Neurophysiol.* – 1998. – Vol. 106. – P. 283–296.

316. Roberts, D. L. A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders / D. L. Roberts, D. R. Combs, M. Willoughby, J. Mintz, C. Gibson, B. Rupp, D. L. Penn // *Br J Clin Psychol.* – 2014. – Vol. 53. – P. 281–98. – DOI: 10.1111/bjc.12044.

317. Roberts, D. L. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study / D. L. Roberts, D. L. Penn // *Psychiatry Res.* – 2009. – Vol. 166. – P. 141–147. – DOI: 10.1016/j.psychres.2008.02.007.

318. Sachs, G. Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia – impact on functional outcome / G. Sachs, B. Winklbaur, R. Jagsch, I. Lasser, I. Kryspin-Exner, N. Frommann, W. Wölwer // *Schizophr Res.* – 2012. – Vol. 138. – P. 262–267. – DOI: 10.1016/j.schres.2012.03.005.

319. Sauv e, G. Efficacy of psychological interventions targeting cognitive biases in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis / G. Sauv e, K. M. Lavigne, G. Pochiet, M. B. Brodeur, M. Lepage // *Clin. Psychol. Rev.* – 2020. – Vol. 78. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101854>.

320. Savla, G. N. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a metaanalysis of the empirical evidence / G. N. Savla, L. Vella, C. C. Armstrong, D. L. Penn, E. W. Twamley // *Schizophr. Bull.* – 2013. – Vol. 39. – P. 979–992. – DOI: 10.1093/schbul/sbs080.

321. Saykin, A. J. Neuropsychological deficits in neuroleptic naïve patients with first-episode schizophrenia / A. J. Saykin, D. L. Shtasel, R. E. Gur, D. B. Kester, L. H. Mozley, P. Stafiniak, R. C. Gur // *Archives of General Psychiatry.* – 1994. – Vol. 51. – № 2. – P. 124–131.

322. Schilling, L. Attributional «tunnel vision» in patients with borderline personality disorder / L. Schilling, S. Moritz, B. Schneider, J. Bierbrodt, M. Nagel // *J. Personal. Disord.* – 2015. – Vol. 29. – № 6. – P. 839–846. – DOI: https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_181.

323. Schmidt, S. J. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling / S. J. Schmidt, D. R. Mueller, V. Roder // *Schizophr. Bull.* – 2011. – Vol. 37. – № 2. – P. 41–54. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr079>.

324. Schurz, M. Fractionating theory of mind: a meta-analysis of functional brain imaging studies / M. Schurz, J. Radua, M. Aichhorn, F. Richlan, J. Perner // *Neurosci Biobehav. Rev.* – 2014. – Vol. 42. – P. 9–34.

325. Segarra, R. Longitudinal changes of insight in first episode psychosis and its relation to clinical symptoms, treatment adherence and global functioning: One-year follow-up from the Eiffel study / R. Segarra, N. Ojeda, J. Peña, J. García, A. Rodríguez-Morales, I. Ruiz, R. Hidalgo, J. A. Burón, J. I. Eguiluz, M. Gutierrez // *Eur. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 27. – P. 43–49.

326. Seidman, L. J. Neuropsychological performance and family history in children at age 7 who develop adult schizophrenia or bipolar psychosis in the New England Family Studies / L. J. Seidman, S. Cherkerzian, J. M. Goldstein, J. Agnew-Blais, M. T. Tsuang, S. L. Buka // *Psychol. Med.* – 2013. – Vol. 43. – № 1. – P. 119–131. – DOI: 10.1017/s0033291712000773.

327. Sergi, M. J. Development of a measure of relationship perception in schizophrenia / M. J. Sergi, A. P. Fiske, W. P. Horan, R. S. Kern, K. S. Kee, K. L. Subotnik, K. H. Nuechterlein, M. F. Green // *Psychiatry Research*. – 2009. – Vol. 166. – № 1. – P. 54–62.

328. Sergi, M. J. Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia / M. J. Sergi, Y. Rassovsky, K. H. Nuechterlein, M. F. Green // *The American Journal of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163. – P. 448–454. – DOI: 10.1176/appi.ajp.163.3.448.

329. Sergi, M. J. Social cognition in schizophrenia: relationships with neurocognition and negative symptoms / M. J. Sergi, Y. Rassovsky, C. Widmark, C. Reist, S. Erhart, D. L. Braff, S. R. Marder, M. F. Green // *Schizophr. Res.* – 2007. – Vol. 90. – P. 316–324.

330. Shan, X. Increased regional homogeneity modulated by metacognitive training predicts therapeutic efficacy in patients with schizophrenia / X. Shan, R. Liao, Y. Ou, P. Pan, Y. Ding, F. Liu, J. Chen, J. Zhao, W. Guo, He, Y. // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2021. – Vol. 271. – № 4. – P. 783–798. – DOI: 10.1007/s00406-020-01119-w.

331. Simon, A. E. Cognitive functioning in at – risk mental states for psychosis and 2 – year clinical outcome / A. E. Simon, M. Grädel, K. Cattapan-Ludewig, K. Gruber, P. Ballinari, B. Roth, D. Umbricht // *Schizophrenia research*. – 2012. – Vol. 142. – № 1 – 3. – P. 108–115. – DOI:10.1016/j.schres.2012.09.004.

332. Smith, E. R. Situated social cognition / E. R. Smith, G. R. Semin // *Curr. Dir. Psychol. Sci.* – 2007. – Vol. 16. – № 3. – P. 132–135.

333. Startup, M. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF) / M. Startup, M. C. Jackson, S. Bendix // *Br. J. Clin. Psychology*. – 2002. – Vol. 41. – P. 417–422.

334. Strauss, G. P. Impaired facial affect labeling and discrimination in patients with deficit syndrome schizophrenia / G. P. Strauss, S. S. Jetha, S. A. Ross, L. A. Duke, D. N. Allen // *Schizophr. Res.* – 2010. – Vol. 118. – N. 1 – 3. – P. 146–153.

335. Sullivan, E. V. A deficit profile of executive memory on motor functions in schizophrenia / E. V. Sullivan, P. K. Shear, R. B. Zipursky, H. J. Sagar, A. Pfefferbaum // *Biological Psychiatry*. – 1994. – Vol. 36. – № 10. – P. 641–653.

336. Swanson, L. Metacognitive training for negative symptoms: Support for the cognitive model / L. Swanson, H. Griffiths, S. Moritz, S. Cervenka // *Clinical psychology and psychotherapy*. – 2023. – Vol. 30. – № 2. – P. 486–490. – DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2809>.

337. Taylor, R. Tackling social cognition in schizophrenia: a randomized feasibility trial / R. Taylor, M. Cella, E. Csipke, C. Heriot-Maitland, C. Gibbs, T. Wykes // *Behav. Cogn. Psychother.* – 2016. – Vol. 44. – P. 306–317. – DOI: [10.1017/S1352465815000284](https://doi.org/10.1017/S1352465815000284).

338. Underwood, R. Cognitive and Neural Models of Threat Appraisal in Psychosis: A theoretical integration / R. Underwood, V. Kumari, E. Peters // *Psychiatry Research*. – 2016. – Vol. 239. – P. 131–138. – DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.016>.

339. Van Oosterhout, B. Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: a randomized controlled trial / B. Van Oosterhout, L. Krabbendam, K. de Boer, J. Ferwerda, M. van der Helm, A. D. Stant, M. van der Gaag // *Psychological Medicine*. – 2014. – Vol. 44. – P. 3025–3035. – DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291714000555>.

340. Van Oosterhout, B. Metacognitive training for schizophrenia spectrum patients: a meta – analysis on outcome studies / B. Van Oosterhout, F. Smit, L. Krabbendam, S. Castelein, A. B. P. Staring, M. van der Gaag // *Psychological medicine*. – 2016. – Vol. 46. – № 1. – P. 47–57.

341. Vaskinn, A. Social cognition and schizophrenia: unresolved issues and new challenges in a maturing field of research / A. Vaskinn, W. P. Horan // *Schizophr. Bull.* – 2020. – Vol. 46. – № 3. – P. 464–470.

342. Vauth, R. Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia / R. Vauth, N. Rüschi, M. Wirtz, P. W. Corrigan // *Psychiatry Res.* – 2004. – Vol. 128. – P. 155–165.

343. Vogeley, K. Two social brains: neural mechanisms of intersubjectivity / K. Vogeley // *Philosophical Transactions of The Royal Society B Biological Sciences*. – 2017. – Vol. 372. – DOI: 10.1098/rstb.2016.0245.

344. Vohs, J. L. Metacognitive capacity as a predictor of insight in first-episode psychosis / J. L. Vohs, P. H. Lysaker, E. Liffick, M. M. Francis, B. L. Leonhardt, A. James, K. D. Buck, J. A. Hamm, K. S. Minor, N. Mehdiyou, A. Breier // *The Journal of nervous and mental disease*. – 2015. – Vol. 203. – P. 372 – 378.

345. Wang, Z. Age-related differences in the performance of theory of mind in older adults: a dissociation of cognitive and affective components / Z. Wang, Y. Su // *Psychol. Aging*. – 2013. – Vol. 28. – P. 284–291. – DOI: 10.1037/a0030876.

346. Watanuki, T. Precentral and inferior prefrontal hypoactivation during facial emotion recognition in patients with schizophrenia: A functional near-infrared spectroscopy study / T. Watanuki, K. Matsuo, K. Egashira, M. Nakashima, K. Harada, M. Nakano, T. Matsubara, K. Takahashi, Y. Watanabe // *Schizophr. Res.* – 2016. – Vol. 170. – № 1. – P. 109–114. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.11.012>.

347. Weber, S. Healthcare costs and resource use associated with negative symptoms of schizophrenia: A systematic literature review / S. Weber, J. G. Scott, M. L. Chatterton // *Schizophr. Res.* – 2022. – Vol. 241. – P. 251–259.

348. Weickert, T. W. Adjunctive raloxifene treatment improves attention and memory in men and women with schizophrenia / T. W. Weickert, D. Weinberg, R. Lenroot, S. V. Catts, R. Wells, A. Vercammen, D. Liu, R. Balzan, B. Short, D. Pellen, J. Curtis, V. J. Carr, J. Kulkarni, P. R. Schofield, C. S. Weickert // *Mol Psychiatry*. – 2015. – Vol. 20. – P. 685–694. – DOI: 10.1038/mp.2015.11.

349. Weissman, M. M. A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care / M. M. Weissman, M. Olfson, M. J. Gameroff, A. Feder, M. Fuentes // *Am. J. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – № 3. – P. 460–466.

350. Wellman, H. M. Meta-analysis of theory of mind development: the truth about false belief / H. M. Wellman, D. Cross, J. Watson // *Child. Dev.* – 2001. – Vol. 72. – P. 655–684. – DOI: 10.1111/1467 – 8624.00304.

351. Weng, Y. Neuropathways of theory of mind in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis / Y. Weng, J. Lin, D. K. Ahorsu, H. W. H. Tsang // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. – 2022. – Vol. 137. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104625>.

352. Wölwer, W. Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program / W. Wölwer, N. Frommann, S. Halfmann, A. Piaszek, M. Streit, W. Gaebel // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 80. – № 2 – 3. – P. 295–303. DOI: 10.1016/j.schres.2005.07.018

353. Woodward, T. S. Misattribution models (II): source monitoring in hallucinating schizophrenia subjects / T. S. Woodward, M. Menon // *The neuroscience of hallucinations* // Springer, New York. – 2013. – P. 169–184. – DOI: 10.1007/978-1-4614-4121-2_10.

354. Wykes, T. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor / T. Wykes, C. Steel, B. Everitt, N. Tarrier // *Schizophrenia bulletin*. – 2008. – Vol. 34. – № 3. – P. 523–537.

355. Yung, A. R. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high risk («prodromal») group / A. R. Yung, L. J. Phillips, H. P. Yuen, S. M. Francey, C. A. McFarlane, M. Hallgren, P. D. McGorry // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 60. – № 1. DOI: 10.1016/s0920-9964(02)00167-6.

356. Zalzalá, A. Metacognitive Training to Improve Insight and Work Outcome in Schizophrenia / A. Zalzalá, J. M. Fiszdon, S. Moritz, P. Wardwell, T. Petrik, L. Mathews, D. Shagan, D. Bracken, M. D. Bell, G. D. Pearlson, J. Choi // *The Journal of nervous and mental disease*. – 2022. – Vol. 210. – № 9. – P. 655–658. – DOI: 10.1097/NMD.0000000000001512.

357. Zonp, Z. The effectiveness of metacognitive training on impairments in social cognition in patients with schizophrenia: Mental health nursing practice in a community mental health center / Z. Zonp, H. Bilgin // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 2021. – Vol. 76. – № 4. – P. 295–306. – DOI: 10.1080/08039488.2021.1965653.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Клиническая иллюстрация № 1

Пациент Л. М. Д., мужчина, 40 лет.

Анамнез: наследственность психопатологически отягощена. Отец страдал синдромом зависимости от алкоголя, периодически высказывал необоснованные идеи ревности, неоднократно проявлял физическое насилие к матери больного. Родители развелись, когда пациенту было восемь лет, после этого с отцом не общался, его судьбой не интересовался. Мать описывает по характеру как тревожно-мнительную, обидчивую. После развода она обращалась за помощью к психиатру по поводу нарушения ночного сна и сниженного настроения, получала лечение в «Клинике неврозов».

Пациент родился от первой беременности, срочных физиологических родов. Закричал сразу. Рос и развивался соответственно возрасту. В детстве часто болел простудными заболеваниями. Большую часть времени проводил с бабушкой, ДДУ посещал один год перед школой. Со слов матери, рос «спокойным ребенком», предпочитал проводить время в компании бабушки и матери, перед отцом испытывал страх. К совместному досугу с другими детьми не стремился, играл в стороне, мог ударить, если кто-то пытался взять его вещь. Энурез, снохождение, сноговорение, эпизоды «детских страхов», со слов больного, не отмечалось.

В школу пошел с семи лет. Учился удовлетворительно, на уроках плохо усваивал материал, был рассеянным. С трудом выступал у доски, казалось, что одноклассники негативно к нему настроены, считают его «отсталым». Домашнее задание выполнял совместно с бабушкой, либо с мамой, нуждался в постоянной стимуляции извне. С другими детьми общался мало, имел несколько приятелей, но привязанности к ним не испытывал, отмечал лишь, что в их компании чувствовал себя более уверенно на улице. В возрасте 14 лет пробовал алкоголь в компании. Состояние опьянения понравилось, чувствовал себя более расковано, не испытывал тревогу, дурачился. Заметил, что над его шутками смеются, хотя и называют их

«странными», был доволен собой. В остальном, нарушений поведения в подростковом возрасте не отмечалось, оставался послушным, полагался на мнение матери и бабушки. Интерес к противоположному полу стал проявлять с 14 лет. Попытался познакомиться с девушкой в школе, пригласил ее пойти вместе в парк, но получил отказ. После этого отмечалось сниженное настроение, пытался избегать случайных встреч с ней в школе, так как замечал, что когда он проходит мимо нее, она смеется и обсуждает его со своими подругами, испытывал в связи с этим «стыд и злость на нее одновременно». С 16 лет, окончив девять классов средней школы, поступил в электромеханический колледж, где отношения со сверстниками были лучше, стал более общительным. В компаниях часто употреблял пиво и крепкие алкогольные напитки. Часто возвращался домой в состоянии алкогольного опьянения, был груб и агрессивен, во время ссоры с матерью часто оскорблял ее, повреждал мебель. В последующем мать и бабушка прекратили делать ему замечания, предпочитали «держаться подальше», когда он был в состоянии алкогольного опьянения или «не в настроении».

Получил специальность «электромеханик». Устроился на работу по специальности. В 21 год познакомился с девушкой, по прошествии одного года вступил с ней в брак, новобрачные стали проживать в квартире с матерью и бабушкой. Отношения в первый год совместной жизни складывались удачно, затем пациент стал придирчивым к жене, часто упрекал ее по мелочам, мог повысить голос.

Впервые психическое неблагополучие отмечалось в возрасте 23-х лет, когда появилась раздражительность, труднее стало себя контролировать, несколько раз «срывался» на родных, переходил на крик. В этот период нарушался ночной сон в виде частых ночных пробуждений. На работе стал замечать, что коллеги как-то «странно» на него смотрят, «как будто что-то знают про меня». В один из дней услышал, как они обсуждают его, из обрывков фраз понял, что они хотят его «подставить», смеются над ним. Вернувшись домой, также заметил, что, и жена и мать «надменно улыбаются, шушукаются». Внезапно осознал, что жена и мать

знают о ситуации на работе и что они «в сговоре» с его недоброжелателями. Стал высказывать оскорбления и угрозы в их адрес, выбросил вещи из шкафа, искал «прослушку», нанес удар кулаком жене, а затем попытался ударить мать. В связи с этим была вызвана бригада СМП и полиция, и пациент был впервые госпитализирован в ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ» в недобровольном порядке. Психический статус определялся бредовыми переживаниями персекуторного содержания. В отделении большую часть времени проводил в пределах палаты, сторонился пациентов, был подозрительным. Пассивно принимал терапию. Был выписан под наблюдение ПНД с диагнозом «Шизофрения параноидная форма, период наблюдения менее года». Рекомендована терапия галоперидол-деcanoат 100 мг в/м один раз в четыре недели. После выписки обвинял жену в своей госпитализации в психиатрическую больницу, в связи с чем участились скандалы в семье. Вскоре брак был расторгнут по инициативе жены. Пациент продолжал проживать с матерью в одной квартире. С работы уволился по собственному желанию, так как считал, что руководству стало известно, что он проходил лечение в психиатрической больнице и к нему стали относиться предвзято. Участкового психиатра посещал нерегулярно, после уговоров матери. Через год самостоятельно прекратил терапию и посещение ПНД. Становился агрессивным, угрожал матери, что если она вызовет психиатрическую скорую помощь, то он «побьет» ее.

После увольнения стал все реже выходить из дома, много курил на лестничной площадке в подъезде. Неоднократно говорил матери, что сосед сверху «против него», специально выбрасывает пепельницу, проходя мимо, пытается толкнуть его плечом, сплевывает в его сторону. Находясь дома, стал прислушиваться к тому, как сосед сверху «специально» громко включает «определенные песни», этим самым намекая ему, что он «присматривает» за ним. Замечал, что после разговора с матерью, сосед «как будто случайно» произносит те же самые слова, которые он говорил матери. Искал устройства прослушивания в квартире, ограничил общение с матерью, практически не выходил из комнаты.

Нарушился ночной сон, засыпал около 4-5 утра. В один из дней, услышав смех соседа, «понял», что он смеется над ним. Стал стучать в дверь к нему, высказывал угрозы физической расправы. В связи с этим сосед вызвал полицию и бригаду СМП. Пациент в 28-летнем возрасте был вновь госпитализирован в ГБУЗ «ПКБ № им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ». В больнице пассивно следовал режиму, принимал терапию. На фоне приема рисперидона в дозе 6,0 мг снизилась актуальность персекуторных переживаний. В общении с матерью агрессию не проявлял. Формально соглашался с необходимостью приема лекарственных средств. Был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение ПНД с рекомендацией терапии: рисполепт-конста 50 мг в 14 дней. Был установлен диагноз: «Шизофрения параноидная форма, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом». В период стационарного лечения был направлен на МСЭ, установлена вторая группа инвалидности. После выписки регулярно посещал ПНД, получал терапию инъекционными пролонгированными антипсихотиками второго поколения. Восстановил общение с матерью, периодически ездил с ней к родственникам в другой город. Последние пять лет терапию не принимал, мотивируя это тем, что «все хорошо, зачем колоть химию». Постепенно «нарастал» замкнутость, раздражительность. Стал требовать от матери продать квартиру и переехать в другой город, где проживали их родственники. Жаловался на головные боли, отсутствие сил. В последующем стал требовать, чтобы мать при нем вскрывала упаковки приобретенных продуктов. В своей комнате перерезал электрические провода, заклеил окно пленкой. Накануне госпитализации стал обвинять мать в том, что она в сговоре с соседом, не пускал ее в комнату, угрожал физической расправой. Мать вызвала бригаду СМП, и пациент в третий раз был госпитализирован в ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ» в порядке недобровольной госпитализации. На фоне терапии галоперидолом 20 мг в сутки и хлорпротиксеном 100 мг в сутки, отмечалась положительная динамика: актуальность психотических переживаний снизилась, стал менее «аффективно заряжен», восстановился ночной сон. Больной в отделении агрессии не проявлял, большую часть времени находился в пределах палаты, к контактам с персоналом

отделения не стремился, избирательно общался с пациентами с расстройствами шизофренического спектра. К болезненным переживаниям оставался не критичен, по-прежнему был убежден в сохраняющейся угрозе, исходившей от соседа, психологической коррекции был недоступен. Вместе с тем от приема рекомендованных лекарственных средств не отказывался, говорил, что «вам виднее...». Для продолжения лечения был направлен в дневной стационар с рекомендациями терапии галоперидолом, с последующим назначением пролонгированной формы антипсихотика.

Перенесенные заболевания: аппендэктомия в 2010 г., хронический бронхит в стадии ремиссии.

Психическое состояние на момент первичного осмотра в дневном стационаре: пациент внешне напряжен. Ориентирован верно в собственной личности, времени, месте. Мимика маловыразительная, движения замедленные, с врачом зрительный контакт не поддерживает. На беседу соглашается неохотно, насторожен. Речь маломодулированная. На вопросы отвечает зачастую уклончиво, и, в целом, односложно, особенно при затрагивании темы обстоятельств госпитализации. При обсуждении темы взаимоотношений с соседом заметно раздражается. Сообщает, что пока был в отделении чувствовал себя в безопасности, а сейчас «нужно удостовериться, что дома все в порядке». Об отношениях с матерью говорит неэмоционально, при этом отмечает, что «скорее всего зря ее обвинял». Говорит, что при посещении мать «ничего не упоминала про соседа», «может быть не хотела тревожить меня». Фон настроения несколько снижен. Эмоционально изменен. Отмечает нежелание чем-либо заниматься, говорит: «мне нужно отдохнуть, не трогайте меня...». Наличие обманов восприятия отрицает, поведением никак не обнаруживает. Мышление паралогическое. Память не нарушена. Суицидальных мыслей не высказывает, отрицает их наличие. Пациент говорит о возможно имевших место психических расстройствах при госпитализации, при этом психологизирует ситуацию взаимодействия с соседом, считает, что длительное время подвергался «давлению» и «в результате не

выдержала психика». Формально соглашается с необходимостью приема рекомендованных лекарственных средств, мотивируя это тем, что «так быстрее выпишут».

После помещения в дневной стационар, была продолжена терапия, рекомендованная врачом стационара: галоперидол 15 мг в сутки, хлорпротиксен 100 мг в сутки, тригексифенидил 6,0 мг в сутки. Пациент был представлен на заседании полипрофессиональной бригады, в рамках которой было рекомендовано прохождение программ психосоциальной терапии. В связи с наличием в клинической картине заболевания бредовых расстройств и бредового поведения, пациенту было предложено участие в метакогнитивном тренинге. После соответствующих разъяснений и ответов на все интересующие вопросы, получено согласие пациента.

При первом обследовании тяжесть психопатологической симптоматики при оценке по PANSS соответствовала 78 баллам и шести баллам по шкале CDSS, то есть пациент находился в подостром состоянии, отсутствовали депрессивные расстройства умеренной или тяжелой степени тяжести. При субъективной оценке апатии с применением опросника AES-S, общий балл находился на уровне 36 (среднее значение в группе пациентов с параноидной формой шизофрении AES-S $33,63 \pm 7,66$). При оценке апатии клиницистом (с использованием опросника шкалы оценки апатии для клинициста (AES-C)), общий балл был равен 45 (среднее значение в группе пациентов с параноидной формой шизофрении $42,34 \pm 5,77$). Общий балл шкалы PSP равный 60 (в группе $56,48 \pm 13,75$) продемонстрировал ограничение личностного и социального функционирования со значительными нарушениями в областях функционирования (a) – социально-полезная деятельность, включая работу и учебу – 3 балла; (b) – отношения с близкими и прочие социальные отношения – 3 балла, а также заметными нарушениями в области (d) – беспокоящее и агрессивное поведение – 4 балла. Оценка социально-когнитивного функционирования характеризовалась нарушениями в доменах внутренней модели сознания другого (с использованием методики «Понимание

намека», общий балл равен 16 (общий балл в группе пациентов с параноидной формой шизофрении $16,84 \pm 2,61$) и социального знания (с использованием методики RAD-15 – 29 баллов (общий балл в группе пациентов с параноидной формой шизофрении $27,1 \pm 7,2$)). Также выявлялись трудности в идентификации эмоций по тесту на распознавание эмоций «Лица Экмана», общий балл 41 (общий балл в группе $43,45 \pm 9,61$, среднее значение данного показателя в группе здорового контроля по данным F. Palimbo et al. (2022) соответствует $53,61 \pm 6,83$), особенно гнева (5 баллов) и страха (6 баллов). При оценке атрибуции (шкала АИИ), были получены данные, свидетельствующие о высоком общеагрессивном уровне: значение показателя высокого уровня враждебности и риска проявления агрессии превышало 42,6 балла в преднамеренных ситуациях (54 балла, показатель в группе $33,76 \pm 7,75$), а также соотносимо высокие значения данного показателя в ситуациях неоднозначного (46 баллов, показатель в группе $26,38 \pm 7,75$) и случайного вида (43 балла, показатель в группе $23,15 \pm 5,86$).

Пациент участвовал в программе МКТ. На сессиях был несколько оппозиционен в первые три занятия, затем стал более «включенным», проявлял интерес и периодически инициативу при обсуждении актуальных модулей. Задания для самостоятельной работы выполнял неохотно, но при обсуждении примеров в рамках занятий, зачастую высказывал несколько альтернативных сценариев развития событий при задании на атрибуцию, коррекцию «поспешных выводов» и рассмотрении социальных ситуаций. От посещения занятий программы не уклонялся.

По результатам второго обследования, которое было проведено после прохождения пациентом восьми занятий МКТ, что соответствовало периоду четырех недель лечения в условиях дневного стационара, были выявлены статистически значимые улучшения показателей, как клинических, так и социально-когнитивных шкал и методик, а также параметров личностного и социального функционирования.

При оценки по PANSS отмечалось значимое снижение общего балла подшкал позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики. Общий балл PANSS снизился до 60, что указывает на стабилизацию психического состояния и процесс становления ремиссии. Обращает на себя внимание снижение подозрительности/преследования (пункт P6 шкалы – 2 vs 4) и снижение балла пункта G12 (3 vs 5), что указывает на положительную динамику в отношении формирования критики к имеющемуся психическому расстройству. Оценка по AES-C продемонстрировала снижение уровня апатических расстройств, по данным самоопросника отмечалось изменение общего балла до 33 баллов, по оценке врача-исследователя (42 балла). Личностное и социальное функционирование, оцененное по шкале PSP улучшилось, как по общему баллу (75 vs 60 баллов), так, особенно, в областях функционирования: b) отношения с близкими и прочие социальные отношения (2 vs 3); d) беспокоящее и агрессивное поведение (1 vs 4).

Динамика социально-когнитивных функций также указывает на улучшения в доменах внутренней модели сознания другого и социального знания. Значимые улучшения получены при оценке характера атрибуции, оцененной при использовании шкалы AINQ. Важным результатом можно считать снижение суммарного показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в ситуациях всех видов (преднамеренных (40 vs 54), неоднозначных (30 vs 46), случайных (28 vs 43), что соотносится с положительной динамикой клинического состояния.

Анализ случая: заболевание развилось у наследственно отягощенной личности алкогольной зависимостью со стороны отца и психическими расстройствами непсихотического регистра со стороны матери. В преморбиде пациент характеризовался чертами замкнутости, эгоцентричности. На продромальном этапе отмечались проявления нейрокогнитивного дефицита (трудности сосредоточения, усвоения информации), реактивно спровоцированные эпизоды гипотимии, сенситивные идеи отношения, психопатоподобное поведение. Заболевание манифестировало в 23-летнем возрасте, структура психоза

характеризовалась преобладанием бредовых интерпретаций персекуторного содержания, дезорганизацией поведения с фактами вербальной и физической агрессии в отношении близких родственников (мать, жена), что послужило причиной госпитализации в психиатрический стационар. В процессе лечения удалось добиться редукции острых бредовых интерпретаций, снизилась аффективная заряженность переживаний пациента, нормализовалось поведение, однако подозрительность и недоверие к людям, идеи отношения сохранялись. Критическое отношение к имеющемуся психическому расстройству отсутствовало, при этом отмечались нарушения комплаенса с отменой рекомендованной лекарственной терапии. Также наблюдалось снижение социального функционирования (после первой госпитализации пациент уволился и больше не работал, в дальнейшем была определена вторая группа инвалидности) с формированием замкнутого, стереотипного образа жизни. Необходимо отметить, что неразвернутые бредовые идеи персекуторного содержания присутствуют на всем протяжении заболевания и обуславливают настороженность пациента, его стремление к уединению, легкость возникновения раздражения и агрессии. Нарастание интенсивности бредовых расстройств и их аффективной заряженности приводило обычно к агрессивному поведению и госпитализации. Обращает на себя внимание более четкое оформление бреда преследования с соответствующим защитным поведением, которое предшествовало настоящей госпитализации.

Таким образом, в данном случае речь идет о параноидной шизофрении (ее бредовом варианте), эпизодическое течение с нарастающим дефектом и формированием неполных терапевтических ремиссий.

При последней госпитализации в круглосуточный стационар была назначена галоперидол в средне-терапевтической дозе. На фоне лечения отмечалась положительная динамика со снижением актуальности бредовых идей, однако с сохранением параноидальной настроенности после выписки и отсутствием критики к переживаниям острого периода. Наряду с фармакологической терапией пациент проходил метакогнитивный тренинг. Основанием участия пациента в рассматриваемой программе послужила ее направленность на психотическую

симптоматику (в особенности бред), влияние на социально-когнитивное функционирование, негативную психопатологическую симптоматику.

За время лечения в условиях дневного стационара, которое можно определить как этап стабилизирующей терапии с формированием неполной ремиссии, отмечалось улучшение психического состояния: дальнейшая дезактуализация бредовой симптоматики, уменьшение выраженности апатии, улучшение показателей личностного и социального функционирования, особенно в отношении беспокоящего и агрессивного поведения и взаимодействия с ближайшим окружением.

Рассмотренный клинический пример демонстрирует эффективность проведения метакогнитивного тренинга и целесообразность его включения в состав комплексной терапии пациентов с параноидной шизофренией с персистирующими бредовыми идеями.

Клиническая иллюстрация № 2

Пациент Н. А. О., женщина, 42 года.

Анамнез: наследственность манифестной психопатологической симптоматикой не отягощена. Отец по характеру принципиальный, строгий в общении, в прошлом военнослужащий. Мать характеризует как «мягкую, добрую, мудрую». Старший брат психический здоров, активный, имеет лидерские качества, успешно занимается бизнесом. Родилась от второй нормально протекавшей беременности и естественных родов в срок. В раннем детском и дошкольном возрасте часто болела простудными заболеваниями, в возрасте шести лет перенесла пневмонию. В психическом и физическом развитии не отставала от сверстников. Росла послушной, редко капризничала, будучи гиперопекаемой матерью, со слов больной, «ни в чем не знала отказа». Сногворения, снохождения, энуреза не отмечалось, детских страхов, со слов матери, не было. Детский сад посещала с двух лет, где удовлетворительно адаптировалась, была открытой, общительной, активной. Удивляла воспитателей, когда без заметного стеснения выступала на утренниках (исполняла песни, читала стихотворения). Со слов матери, обладая «абсолютным слухом», с легкостью запоминала и воспроизводила сложные для ребенка музыкальные партии, обучалась дополнительно в колледже джазовой импровизации, где получала похвалу от преподавателей, выступала на концертах. Досуг предпочитала проводить в шумных играх на улице, читать художественную литературу не любила. Критику в свой адрес воспринимала болезненно, при упреках замыкалась в себе. Так, после того, как была отчитана воспитателем, в течение нескольких дней отказывалась разговаривать с ним. В школу пошла с семи лет, не испытывала интереса к учебе, занималась лишь под присмотром и с помощью долгих объяснений матери, училась на «хорошо». В коллективе была общительной, всегда приходила на помощь по просьбе других людей. Отмечала зависимость от мнения сверстников. Так, после неаккуратной фразы одноклассницы по поводу ее наряда, отказывалась носить эту одежду. Несмотря на широкий круг знакомых, близких подруг не имела. Из школьных предметов с легкостью справлялась лишь с занятиями музыкой и уроками иностранного языка,

для лучшего усвоения математики и физики, по настоянию матери, занималась дополнительно, в выполнении домашних заданий по литературе и русскому языку пациентке всегда помогала мать. Росла впечатлительной, могла легко расплакаться при просмотре грустного фильма, волновалась перед контрольными работами в школе.

С 14 лет резко изменилась по характеру, стала высказывать недовольство своей внешностью, чтобы это исправить ярко одевалась, активно пользовалась косметикой. В общении с родственниками в этот период была раздражительной, часто плаксивой, еще более обидчивой. Стала больше общаться с ровесниками, воспринимала незначительные знаки внимания как признак сильных чувств к ней, старалась обратить на себя внимание, общалась с молодыми людьми без чувства дистанции. Влюбилась в знакомого, неоднократно пыталась уйти из дома к нему жить. Когда в очередной раз пациентка получила отказ от матери, стала возбужденной, агрессивной пыталась вырваться, переходила на крик, на уговоры не поддавалась. Матерью была вызвана бригада СМП, и Н. А. О. была госпитализирована в ГБУЗ «ПКБ № 15 ДЗМ», откуда была выписана через два дня в сопровождении матери. После выписки обвиняла мать в инициации госпитализации, высказывала ей претензии, конфликтовала, говорила, что та «испортила ей жизнь». В последующем в течение нескольких месяцев отмечала сниженное настроение, была апатичной, рассеянной, отмечались сложности сосредоточения. С трудом по протекции матери окончила школу «на тройки», по ее настоянию также окончила «курсы секретаря». Пыталась трудоустроиться, но из-за конфликтности, неорганизованности долго на рабочем месте не удерживалась. После перенесенного эпизода стала более конфликтной, вспыльчивой. С 16-ти летнего возраста стала «встречаться» с молодым человеком, употреблявшим психоактивные вещества, доверчиво пыталась привести его жить в квартиру матери, по просьбе передавала ему деньги, на которые он приобретал наркотики, дважды делала аборт, продолжала «убегать с ним из дома». Отношения с данным молодым человеком прекратились после факта его измены. В возрасте 20-ти лет по инициативе матери переехала к ее подруге за границу, где прожила в

общей сложности более пяти лет. Ничем особо не занималась, лишь «пела в местном ансамбле», куда была приглашена по просьбе подруги. Там вновь «завела роман» с иностранным гражданином старше себя на 20 лет, который длился на протяжении четырех лет. После разрыва с мужчиной вернулась в Россию, подрабатывала секретарем в компании, организовывала деловые встречи. В 29 лет влюбилась в мужчину, высказывала желание выстраивать с ним отношения. Узнав, что он женат, восприняла это как удар, особенно, когда поняла, что беременна. По настоянию матери отказалась от запланированного аборта. Беременность и роды протекали без существенных осложнений. В послеродовом периоде настроение стало неустойчивым, менялось от «выраженной тревоги за ребенка до полного безразличия к нему». Формально высказывала чувства к ребенку, но фактически мало занималась им, возложив многие обязанности по уходу на мать. Была равнодушна к его состоянию, полностью переложила на мать его воспитание. После родов постепенно состояние пациента еще более усугубилось в сторону импульсивности, конфликтности, неуправляемого поведения. Вплоть до того, что к 34 годам Н. А. О. стала вступать в случайные половые связи, часто алкоголизировалась, в алкогольном опьянении «бесцельно разъезжала по ночному городу». Конфликтовала с матерью, бранилась на нее, приводила в дом случайных мужчин. В этот период эпизодически стала высказывать опасения, что отец ребенка «похитит его», «слышала посторонний шум при разговорах по телефону», приход курьера из интернет-магазина, вызванного матерью, посчитала «не случайным», была убеждена, что «это подсланный на разведку» отцом ребенка «сообщник», в состоянии возбуждения схватила сына и порывалась куда-то бежать. Тогда же разорвала свой паспорт, перед этим вписав туда собственноручно имя своего знакомого, якобы, «тем самым, зарегистрировав брак». Мать пыталась удержать ее, соседи в это время вызвали наряд полиции, после чего Н. А. О. была доставлена в ОВД, а затем освидетельствована дежурным психиатром СМП, после чего была госпитализирована в недобровольном порядке в ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ». Получала лечение в общепсихиатрическом отделении на протяжении месяца. После выписки из стационара поведение стало более

упорядоченным, при этом ничем не занималась, от посещения ПНД уклонялась. Через три недели вновь продолжила «активные поиски мужчины», «завела роман» с соседом по подъезду, страдавшим зависимостью от алкоголя, через год оформила с ним брак. Проживала совместно с мужем на даче брата, где они «часто скандалили». В течение двух лет периодически «импульсивно расставалась», потом вновь возобновляла с ним отношения, последнее время проживала с матерью и сыном, дважды подавала на развод, а затем отзывала заявления. Отмечалась отчетливая сезонная динамика состояния с подъемами настроения и сексуальной активности в случайных знакомствах с мужчинами в весенние месяцы, и снижением настроения и апатией в осенний период. За два года у Н. А. О. было две беременности, завершившиеся самопроизвольным абортom на фоне конфликтов с мужем по поводу его алкоголизации. После второго выкидыша в 36 лет, отмечалось выраженное снижение настроения, которое сопровождалось апатией, безрадостностью, рассеянностью и сохранялось в течение четырех месяцев. Период подавленности резко сменился подъемом настроения в марте 2013 года, когда стала «выискивать мужчин в интернете». После случайного знакомства с иностранным гражданином оформила кредит на крупную сумму и уехала с ним за рубеж. При этом продолжала находиться в официальном браке. Отношения с иностранным подданным прекратились по его инициативе через три месяца, и Н. А. О. вернулась в Россию. Стала проживать с матерью. Психическое состояние изменилось: появилась раздражительность, стала отмечать трудности засыпания, тревожилась, что не выплатила кредит и «ее найдут кредиторы», стала опасаться выходить из дома, нарушился ночной сон, отмечались эпизоды бессонницы. По телефону «слышала неестественные звуки, будто прослушивали». В этот период «не находила себе места» испытывала «постоянный страх за себя и сына». В таком состоянии по настоянию матери обратилась в НЦПЗ РАМН. За время лечения состояние стабилизировалось на фоне приема оланзапина в дозе до 20 мг в сутки и карборната лития до 1200 мг в сутки. После выписки проживала с матерью и сыном, спустя полгода прекратила прием поддерживающей терапии без консультации с врачом. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца. За

этот период наблюдался приподнятый фон настроения с преобладанием гневливого аффекта и сексуальной расторможенности, сформировала убежденность в том, что должна родить еще одного ребенка, считала, что мать «намеренно препятствует семейному счастью», а брат находится «в сговоре с матерью». Накануне госпитализации заявляла близким: «вы все объединились против меня», была возбуждена, пыталась выбежать из дома без обуви, но была удержана братом, вызвана бригада СМП, освидетельствована дежурным психиатром и доставлена в ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», госпитализирована в недобровольном порядке.

В отделении в течение первых дней состояние оставалось нестабильным, больная легко раздражалась, требовала отменить ей все лекарства, говорила, что «родственники объединились против меня», была убеждена, что «мать пытается всеми возможными способами воспрепятствовать становлению семейного счастья». На фоне лечения отмечалась положительная динамика – сформировалась формальная критика к перенесенному состоянию, дезактуализировались идеи недоброжелательного отношения со стороны матери и брата, однако сохранялись перепады настроения и нарушения сна в виде ранних пробуждений, а также раздражительность при взаимодействии с медицинским персоналом. Для продолжения лечения Н. А. О. была переведена в дневной стационар с рекомендациями продолжить терапию: кветиапин пролонг 600 мг на ночь, арипипразол 20 мг в сутки, карбонат лития 1200 мг в сутки, бипериден 6,0 мг в сутки.

Психическое состояние на момент первичного осмотра в дневном стационаре: ориентирована верно в месте, времени и собственной личности. Сидит в напряженной позе. Зрительный контакт поддерживает. Спонтанно высказывает недовольство тем, что ежедневно нужно посещать дневной стационар, говорит с напором. В последующем в процессе беседы становится более расслабленной. На вопросы врача поначалу отвечает с заметным раздражением, часто односложно, по мере обсуждения дает более развернутые и менее аффективно заряженные ответы. Говорит: «думала, что мать и брат против меня», на вопрос об отношении к этим

переживаниям отмечает, что «возможно они не хотели мне плохого», соглашается с тем, что имело место нарушение поведения и неверная трактовка происходящего. Вместе с тем с родственниками «отношения по-прежнему напряженные», больная переживает о том, что «не может выстроить нормальную семейную жизнь», что «отношения с сыном не доверительные». Отмечает трудности в сосредоточении, нежелание ничем заниматься. Фон настроения несколько снижен. Суицидальных мыслей не высказывает. Наличие обманов восприятия отрицает и поведением не обнаруживает. Формально соглашается с необходимостью дальнейшего лечения в дневном стационаре. Критика к психическому состоянию частичная.

В условиях дневного стационара продолжена рекомендованная медикаментозная терапия: кветиапин пролонг 600 мг на ночь, карбонат лития 1200 мг в сутки, бипериден 6 мг в сутки. Случай Н. А. О. был обсужден на заседании полипрофессиональной бригады, рекомендовано включить ее в метакогнитивный тренинг в связи с наличием в клинической картине заболевания нарушений поведения с проявлениями враждебности к окружающим. Пациенту было предложено участие в метакогнитивном тренинге, после соответствующих разъяснений и ответов на все интересующие вопросы, было получено согласие.

При первом обследовании тяжесть психопатологической симптоматики по PANSS составила 74 балла, выраженность депрессии по шкале CDSS – семь баллов (при PANSS > 80 и CDSS > 8 пациенты не включались в исследование). При оценке апатии с использованием AES-S и AES-C общий балл находился на уровне 35 и 39 баллов соответственно (среднее значение в группе шизоаффективного расстройства – $31,11 \pm 5,96$ и $36,68 \pm 5,89$ баллов соответственно). Общий балл шкалы PSP – 60 баллов (среднее значение в группе – $65,11 \pm 14,37$) продемонстрировал ограничение личностного и социального функционирования с ведущими нарушениями в областях функционирования (b) – отношения с близкими и прочие социальные отношения (3 балла), а также заметными нарушениями в области (d) – беспокоящее и агрессивное поведение (4 балла). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о значительной тяжести психопатологической симптоматики, существенной выраженности апатии и отчетливом снижении

личностного и социального функционирования. В то же время оценка социально-когнитивного функционирования характеризовалась отсутствием выраженных нарушений в доменах внутренней модели сознания другого (общий балл методики «Понимание намека» был равен 19, среднее значение в группе – $17,96 \pm 1,69$) и социального знания (общий балл методики RAD-15 составил 39 баллов, среднее значение в группе – $32,2 \pm 6,4$). В тесте на распознавание эмоций «Лица Экмана» показатель общего балла составил 52 балла (среднее значение в группе – $47,76 \pm 7,57$). При оценке атрибуции (шкала АИИ), обращает на себя внимание высокое значение суммарного показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в ситуациях преднамеренного вида – 47 баллов (среднее значение в группе – $28,94 \pm 8,79$).

Н. А. О. посетила восемь сессий МКТ. Поведение в группе характеризовалось заинтересованностью содержанием программы. Вместе с тем, отмечалась ригидность установок при рассмотрении практических примеров тренинга, особенно в заданиях модуля, посвященных атрибутивному стилю и преждевременным заключениям. Задания для самостоятельной работы выполняла, но при их рассмотрении отмечались дихотомические установки (при рассмотрении примеров с несколькими возможными причинами развития событий (друг не пришел на встречу) однозначно приписывала причину тех или иных событий другим людям). Во второй половине тренинга (четвертое занятие и далее) прослеживалась положительная динамика, характеризовавшаяся менее «жесткими установками», а также тенденцией к лояльному восприятию отличных от собственной позиции точек зрения при рассмотрении заданий на различные сценарии социального взаимодействия. Особенно это было заметно при изучении модулей, посвященных внутренней модели сознания другого и достоверности воспоминаний, а также на занятии, посвященном самоуважению и изменению (улучшению) настроения.

На фоне комплексной терапии в состоянии больной отмечалась положительная динамика с дезактуализацией психопатологической симптоматики,

стабилизацией фона настроения, формированием более критического отношения к имеющемуся психическому расстройству.

При втором обследовании после завершения МКТ тяжесть симптоматики, оцененная по PANSS, составила 55 баллов и 4 балла по CDSS, что соответствует ремиссии. При оценке апатии с использованием AES-S и AES-C общий балл снизился с 35 до 32 и с 39 до 36 баллов соответственно. Общий балл шкалы PSP продемонстрировал улучшение в личностном и социальном функционировании – 71 балл против 60, за счет улучшения показателя в областях функционирования (b) – отношения с близкими и прочие социальные отношения (1 vs 3 балла), а также в области (d) – беспокоящее и агрессивное поведение (1 vs 4 балла). Показатели социально-когнитивного функционирования в домене внутренней модели сознания другого достигли максимального значения по методике «Понимание намека» и составили 20 баллов. В домене социального знания по методике RAD-15 общий балл практически не изменился и составил 40 баллов. В тесте на распознавание эмоций «Лица Экмана» отмечалось улучшение показателя до 54 баллов, в группе здорового контроля по данным F. Palumbo et al. (2022) этот показатель составил $53,61 \pm 6,83$ баллов. При оценке атрибуции (шкала АИИ) выявлена положительная динамика, что особенно демонстрирует снижение суммарного показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности, не превышающего 42,6 баллов, в том числе в ситуациях преднамеренного вида (34 vs 47).

Н. А. О. был выписана из дневного стационара в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение у врача-психиатра ПНД, прием кветиапина пролонга 300 мг на ночь, карбоната лития 900 мг в сутки, продолжение психосоциальной (в том числе когнитивной) терапии и реабилитации.

Анализ случая: заболевание развилось у личности с преморбидными чертами аффективной неустойчивости, демонстративности, зависимости. Начальные этапы заболевания характеризовались сочетанием дисморфоманической и психопатоподобной симптоматики, нарастанием аффективной неустойчивости с постепенным формированием более отчетливых аффективных колебаний,

снижением социального функционирования, сложностями социальной адаптации. В дальнейшем в клинической картине заболевания выявляются аффективные колебания преимущественно маниакального полюса, в структуре которых, наряду с повышением настроения, активности, речевым напором, имели место явления гневливости, импульсивности и расторможенности влечений. На последующих этапах заболевания маниакальные состояния начинают сменяться депрессивными состояниями, прослеживается сезонная динамика. В структуре депрессий преобладает обычно подавленность, апатия, рассеянность, сложности сосредоточения. По мере течения заболевания нарастает интенсивность психопатоподобных расстройств, сложностей социальной адаптации, происходит эскалация клинической картины – у пациента развиваются бредовые идеи отношения и преследования с неадекватным поведением и агрессией в отношении близких родственников. Бредовые переживания носят чувственный характер, по содержанию они неконгруэнтны ведущему аффекту, однако нарастание интенсивности этого аффекта способствует актуализации бредовых идей с формированием неадекватного и агрессивного поведения и последующей госпитализацией в психиатрический стационар. В связи с острыми психотическими состояниями аффективно-бредовой структуры Н. А. О. неоднократно получала стационарное лечение в психиатрических больницах города Москвы. Следует отметить некомплаентность больной, вскоре после выписки из больницы она самостоятельно отменяла медикаментозное лечение, в ПНД не наблюдалась.

С учетом структуры и динамики психического заболевания, которая характеризуется преобладанием аффективно-бредовых расстройств с неконгруэнтным аффекту чувственным бредом следует остановиться на диагнозе: шизоаффективное расстройство (F25).

За время лечения Н. А. О. в условиях дневного стационара была достигнута дезактуализация психопатологической симптоматики, стабилизация фона настроения, улучшение личностного и социального функционирования – у

пациента отсутствовали эпизоды беспокоящего и агрессивного поведения, а также улучшились взаимоотношения с матерью и братом. Социально-когнитивное функционирование на этапе проведения первого обследования характеризовалось отсутствием выраженного дефицита в доменах внутренней модели сознания другого и социального знания, а также в распознавании эмоций по лицевой экспрессии. Основные нарушения фиксировались в домене атрибутивного стиля, который характеризовался смещением в сторону поиска причины происхождения событий в других, а также высоким уровнем суммарного показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в ситуациях преднамеренного вида. В процессе терапии отмечалась положительная динамика показателей атрибуции со значимым снижением показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности, что демонстрирует отсутствие риска агрессивного поведения при оценке с использованием шкалы АІНQ.

Таким образом, настоящий клинический случай подтверждает положительное влияние комплексной терапии, с включением в ее состав метакогнитивного тренинга, на клинические показатели, параметры личностного и социального функционирования и на атрибуцию пациентов с шизоаффективным расстройством.