

На правах рукописи

Кузнецов Сергей Юрьевич

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

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2023

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Шмуклер Александр Борисович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук **Солохина Татьяна Александровна**
— руководитель отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ;

доктор медицинских наук **Шмилович Андрей Аркадьевич**
— заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии лечебного факультета ФGAOY BO «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).

Защита состоится ____ _____ 20 года в ____ часов на заседании диссертационного совета 21.1.020.01 в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России и на сайте организации: <https://serbsky.ru/>

Автореферат разослан ____ _____ 2023 года.

Учёный секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук

Гиленко Мария Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Шизофрения — многообразное в психопатологических проявлениях психическое расстройство, негативно влияющее на социальное функционирование пациентов (Кабанов М. М., 1998; Гурович И. Я., 2001, 2015; Шмуклер А. Б., 1999, 2021; Шмилович А. А., Гончаренко С. Н.; 2016; Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., 2020).

Расстройства шизофренического спектра приводят к нарушению наиболее важных видов деятельности, включая обучение, работу (Bouwman S. et al., 2015), независимое проживание, взаимодействие с окружающими (Gorostiaga A., 2017), способность к выстраиванию межличностных отношений (Budziszewska M. D. et al., 2020).

Шизофрению и расстройства шизофренического спектра относят к группе высокоинвалидизирующих болезней. Степень трудовой дезадаптации, требующей установления группы инвалидности при данной патологии достигает 40% от общего количества заболевших и приближается к 60–70% от числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением (Гурович И. Я. с соавт., 2012). Доля пациентов с шизофренией, имеющих инвалидность в Российской Федерации в 2019 году по данным Аналитический обзор, подготовленного в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 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). При этом число инвалидизированных пациентов не в полной мере отражает общую картину их социальной дезадаптации, а лишь показывает долю наиболее тяжелого контингента больных с выраженными нарушениями способности к трудовой деятельности. У пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра даже в преморбидном периоде

возникают функциональные нарушения, не позволяющие полноценно вовлекаться в социальные процессы и выстраивать межличностные связи (Гурович И. Я. с соавт., 2015).

В развитии социальной дезадаптации пациентов ключевую роль играют нарушения социально-когнитивных функций. Соответственно, одной из основных задач 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; Horan W. P. et al., 2023). В этой связи, наряду со стандартным фармакологическим лечением, интенсивно разрабатываются программы психосоциальной (включая когнитивную) терапии и реабилитации пациентов, зачастую дополненные современными приложениями поддержки для смартфонов, использованием технологий виртуальной реальности а также социально-психологической и информационной поддержкой семей (Солохина Т. А., 2003; Неретин Е. С. с соавт., 2022; Иванец Н. Н. с соавт., 2023).

К числу программ когнитивной терапии относится метакогнитивный тренинг (МКТ), разработанный Moritz S. и соавторами (Moritz S., Woodward T., 2007; Moritz S. et al., 2023). Тренинг сочетает в себе элементы психообразования, когнитивной ремедиации и построен 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.

Цель исследования

Определение влияния метакогнитивного тренинга на клиничко-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 таких клинических показателей, 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 шизофренией 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.

Публикация и апробация результатов

По материалам исследования было опубликовано семь печатных работ. Результаты диссертационного исследования были изложены в виде тезисов на «XIV Всероссийская школа молодых психиатров» 17–22 апреля 2019 г.; «XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» 15–18 мая 2021 г. Российская Федерация, г. Санкт-Петербург. В рамках Annual congress «Schizophrenia international research society (SIRS)», 6–10 April 2022, Italy, Florence,

были представлены стендовые доклады: «Psychometric properties of the Russian version of «Hinting Task» test» и «Evaluating apathy dynamics in patients with schizophrenia during metacognitive training» (получивший награду «Poster finalist»).

Структура и объем диссертации

Диссертационное исследование изложено на 211 страницах печатного текста. Основной текст представлен на 143 страницах. Диссертация включает введение, четыре главы, заключение, выводы, практические рекомендации, список используемых сокращений и условных обозначений, список литературы, включающий 86 отечественных источников и 271 иностранных и приложение. Диссертация содержит 10 рисунков и 33 таблицы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены пациенты дневного стационара ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ», клиническая картина заболевания которых соответствовала критериям включения/исключения — суммарно 85 человек в возрасте от 18 до 50 лет с установленным диагнозом параноидной формы шизофрении и шизоаффективного расстройства вне острого психотического состояния. В основную группу вошли 40 пациентов, контрольная группа состояла из 45 человек. Пациенты основной группы наряду со стандартной фармакологической терапией участвовали в МКТ и завершили не менее пяти модулей тренинга. Терапия пациентов контрольной группы представляла собой стандартное фармакологическое лечение. Интенсивность антипсихотической терапии при расчете хлорпромазинового эквивалента в группах сравнения не различалась. Пациенты контрольной группы не получали иные программные тренинги или структурированные модули психосоциальной терапии на момент проведения исследования. Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту, полу и установленному диагнозу.

Регистрировались клинические, демографические и социально-когнитивные показатели, которые заносились в специально разработанную карту. Кроме клинико-психопатологического обследования, оценка состояния пациентов осуществлялась с использованием ряда психометрических инструментов:

1) шкалы позитивной и негативной симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) (Kay S. R. et al., 1987; Мосолов С. Н., 2001); 2) шкалы депрессии при шизофрении Калгари (Calgary Depression Scale for Schizophrenia — CDSS) (Addington D. E et al., 1990); 3) шкалы оценки апатии (Apathy Evaluation Scale — AES) (Marin R. S., 1991); 4) шкалы личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance — PSP) (Morosini P. L. et al., 2000 и Nasrallah H. et al., 2008); 5) методики «Понимание намека» (Hinting Task) (Corcoran R., 1995); 6) теста на распознавание эмоций «Лица Экмана» (The Ekman 60 Faces Test — EK-60F) (Ekman P. et al., 1976); 7) методики «Отношения между доменами, сокращенная версия» (Relationships Across Domains, abbreviated version — RAD-15) (Sergi M. et al., 2004); 8) шкалы «Неоднозначные враждебные намерения» (Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire — AIHQ) (Combs D. R. et al. 2007).

Статистический анализ осуществлялся при помощи пакета компьютерных программ Statistica for Windows 10.0, IBM SPSS Statistics 26 и Excel 2010 (14) — Microsoft Office 2010. Пациенты были обследованы дважды: перед проведением МКТ и после его окончания — в основной группе и через 30 дней (второе обследование) — в контрольной группе. Тренинг проводился в групповом формате, количество участников находилось в диапазоне от восьми до 12 человек, количество сессий — восемь, продолжительность каждой сессии – 45–60 минут (включали теоретическую, практическую часть и задание для самостоятельной работы).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Пациенты с параноидной формой шизофрении ($n = 57$) и шизоаффективным расстройством ($n = 28$) были сопоставимы по социально-демографическим характеристикам, числу госпитализаций и случаев лечения в дневном стационаре. Большая часть исследуемых 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. Многие пациенты обеих групп были одиноки, не трудоустроены, несмотря на молодой или средний возраст (Таблица 1).

Таблица 1 – Социально-демографические и клинические характеристики

нозологических групп пациентов

Показатель	Нозологические группы (шифр по МКБ-10)		Уровень значимости, р
	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):	33,3±7,3	33,2±9,5	> 0,05
мужчины	30,1±6,3	28,3±9,9	> 0,05
женщины	33,27±7,2	34,7±9,1	> 0,05
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
Количество госпитализаций (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)	5,3±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

Обследование с применением клинических шкал (PANSS, CDSS) выявило бóльшую 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 показателей¹ 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 ($p < 0,01$), 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 ($p < 0,01$). Таким образом, бóльшая выраженность нарушений личностного и социального функционирования отмечалась в группе пациентов с параноидной формой шизофрении.

Оценка социально-когнитивного функционирования при помощи методик «Понимание намека» и RAD-15 в обеих нозологических группах продемонстрировала наличие как пациентов без признаков дефицита в доменах внутренней модели сознания другого (ВМСД) и социального знания, так и больных

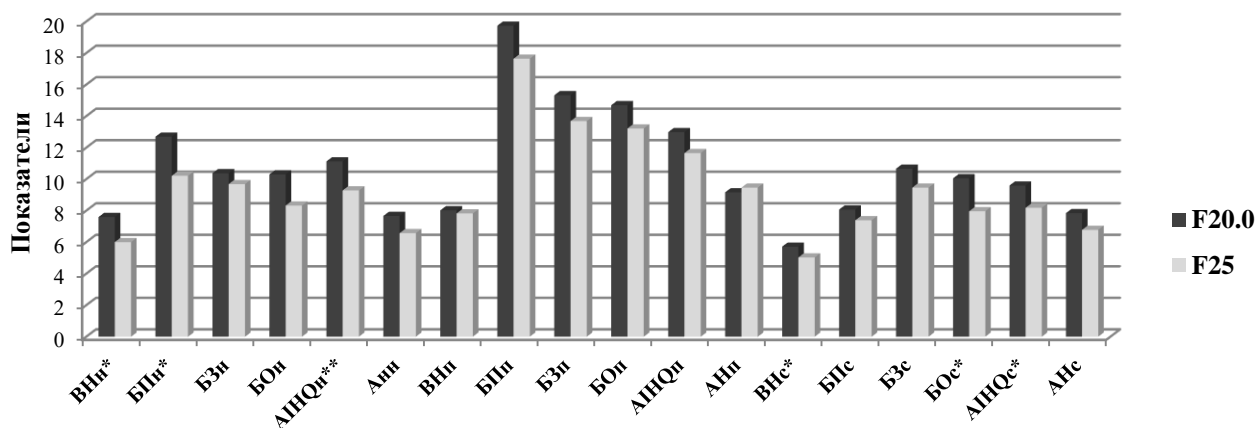
¹За исключением балла по индексу «враждебных намерений» в преднамеренных ситуациях методики АИНО при наличии умеренной (близко к слабой) корреляции ($r = 0,309$; $p < 0,01$).

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 ЕК-60F выявило как у пациентов с параноидной формой шизофрении, так и у больных с шизоаффективным расстройством, неравномерность распознавания эмоций, с наибольшими трудностями распознавания 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 АИHQ у пациентов с параноидной формой шизофрении по сравнению с больными с шизоаффективным расстройством продемонстрировали достоверно более высокие значения в неоднозначных (ВНн, БПн, АИHQн) и случайных (ВНс, БОс, АИHQс) 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 АИHQ в ситуациях преднамеренных демонстрируют лишь общий высокий уровень враждебности и непосредственно не связаны с расстройствами шизофренического спектра (Рисунок 1).

Рисунок 1 – Показатели индексов и баллов шкалы «Неоднозначные враждебные намерения» (АНQ) нозологических групп пациентов



Баллы и индексы АНQ

Примечания – * междудиагностические различия, при $p < 0,05$; ** междудиагностические 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; АНQн – индекс «обвинения» в неоднозначных ситуациях; АНн – индекс «агрессивных намерений» в неоднозначных ситуациях; ВПн – индекс «враждебных намерений» в преднамеренных ситуациях; БПп – балл «преднамеренности» в преднамеренных ситуациях; БЗп – балл «злости» в преднамеренных ситуациях; БОп – балл «обвинения» в преднамеренных ситуациях; АНQп – индекс «обвинения» в преднамеренных ситуациях; АНп – индекс «агрессивных намерений» в преднамеренных ситуациях; ВНс – индекс «враждебных намерений» в случайных ситуациях; БПс – балл «преднамеренности» в случайных ситуациях; БЗс – балл «злости» в случайных ситуациях; БОс – балл «обвинения» в случайных ситуациях; АНQс – индекс «обвинения» в случайных ситуациях; АНс – индекс «агрессивных намерений» в случайных ситуациях.

При оценке риска проявления агрессии² можно сделать вывод о его наличии в преднамеренных ситуациях в обеих группах пациентов (максимальные значения суммарного балла в группе пациентов с шизофренией – 57,33, в группе пациентов с шизоаффективным расстройством – 49,67). Высокие значения суммарного балла (см. сноску 2) в ситуациях неоднозначных (48,33) были выявлены только у пациентов с параноидной формой шизофрении. При сопоставлении риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности в нозологических группах, значимо более высокие показатели отмечались у пациентов с шизофренией в ситуациях неоднозначного ($26,38 \pm 7,75$ vs $21,85 \pm 6,73$, $p < 0,05$) и случайного вида ($23,15 \pm 5,86$ vs $20,0 \pm 5,93$, $p < 0,05$) (Таблица 2).

² Путем расчета суммарных значений ВН, АНQ и АН в преднамеренных ситуациях (п) равном или превышающем 42,6 балла, риск проявления агрессии (вербальной, против предметов, других людей и себя) выше в 5,6 раз, а риск проявления физической агрессии – выше в 3,6 раза (Хмара Н. В., Скугаревский О. А., 2021).

Таблица 2 – 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.
Среднее значение	26,38	33,76	23,15	21,85	32,13	20,0
Стандартное отклонение	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
Минимальное значение	15,0	18,67	15,0	15,0	18,33	15,0
Максимальное значение	48,33	57,33	37,33	31,67	49,67	33,33

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 нами были выделены мишени психосоциальной терапии для пациентов с параноидной формой шизофрении 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.

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% 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% случаях и 69,0% — в контрольной группе. 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 $6,3 \pm 5,9$, $p > 0,05$). Количество госпитализаций и помещений в дневной стационар в группах не различалось.

При оценке психического состояния с использованием PANSS при первом обследовании основная и контрольная группы по показателю общего балла шкалы были сопоставимы ($68,40 \pm 9,56$ балла vs $68,41 \pm 8,67$ 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 и с учетом данных зарубежных исследований (Chen Q. et al., 2021), были получены следующие достоверные различия. Величина балла по пункту Р6 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): $1,68 \pm 0,79$ 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) (Chen Q. et al., 2021), который равен сумме баллов P1, P5 и P6. На фоне лечения значения показателя «ядерный бред» при втором обследовании значительно снизились как в основной ($7,10 \pm 2,15$ 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 персекуторных 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 статистически 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 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 субъективной и объективной 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 свидетельствовала об улучшении личностного и социального функционирования как в основной, так и в контрольной группах ($p < 0,001$ и $p < 0,05$, соответственно), за исключением области социально полезной деятельности, включая работу и учебу, 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 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 ЕК-60F 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, и счастья, и показателя суммы баллов ($47,05 \pm 7,20$ vs $45,05 \pm 7,07$, $p < 0,05$). При сопоставлении показателей основной и контрольной групп при втором обследовании, были получены значимые различия в идентификации эмоции страха ($p < 0,05$).

Оценка атрибутивного стиля проводилась с использованием методики АИНО. 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 ($p < 0,05$), АИНQп ($p < 0,05$), АНп ($p < 0,05$), ВНс ($p < 0,05$), БЗс ($p < 0,05$), АНс ($p < 0,05$), в БОн различие отмечалось на уровне тенденции ($p = 0,063$). В контрольной группе также была положительная динамика баллов и индексов АИНQ: АНн ($p < 0,05$), БПп ($p < 0,01$), БОп ($p < 0,05$), АИНQп ($p < 0,01$), АНп ($p = 0,01$), БПс ($p = 0,05$), БОс ($p < 0,05$), АИНQс ($p < 0,05$). 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 ($p < 0,05$), ВНс ($p < 0,05$) и АНс ($p < 0,05$). 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, АИНQ и АН) как в основной, так и в контрольной группах в ситуациях преднамеренного вида, отмечались значения, превышающие 42,6 баллов, что указывает на высокий риск проявления агрессии (Хмара Н. В, Скугаревский О. А., 2021). В динамике в обеих группах выявлено снижение рассматриваемого показателя, достигающего значимых различий ($p < 0,05$) в преднамеренных и случайных ситуациях. В основной группе, наряду со значимым снижением показателя в преднамеренных и случайных ситуациях, отмечалась его положительная динамика и в ситуациях неоднозначных (при $p < 0,05$). При сопоставлении показателя риска проявления агрессии и высокого уровня враждебности 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.

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, добиться критического осмысления имеющихся проблем, включая психическое состояние, а также снизить уровень враждебности, агрессии и некооперативности.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. **Кузнецов, С. Ю.** Метакогнитивный тренинг: теоретические основы, практические аспекты, эффективность / С. Ю. Кузнецов, М. В. Афан, М. Ю. Кожевникова, Л. Г. Мовина // **Социальная и клиническая психиатрия.** – 2020. – Т. 30. – № 1. – С. 97–101.
2. **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.
3. 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.
4. **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». 17–22 апреля 2019 г. – С. 186.
5. **Кузнецов, С. Ю.** Динамика показателей шкалы апатии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших метакогнитивный тренинг: тезисы / С. Ю. Кузнецов, М. Ю. Кожевникова, М. В. Миняйчева, О. О. Папсуев // Сборник материалов научной конференции «XVII Съезд психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению». 15–18 мая 2021 г. – С. 1894–1895.

6. **Kuznetsov, S.** Evaluating apathy dynamics in patients with schizophrenia during metacognitive training / S. Kuznetsov, M. Minyaycheva, M. Kozhevnikova, L. Movina, O. Papsuev // Annual congress «Schizophrenia international research society (SIRS)». 6–10 April 2022. – P. 932.

7. Papsuev, O. O. Psychometric properties of the Russian version of «Hinting Task» test / O. O. Papsuev, L. G. Movina, M. V. Minyaycheva, K. G. Kiselnikova, I. O. Gladyshev, **S. Yu. Kuznetsov**, A. V. Borisova, V. E. Rubaylova, A. B. Shmukler, A. Vaskinn // Annual congress «Schizophrenia international research society (SIRS)». 6–10 April 2022. – P. 920.