

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8:616-053.7:616.035:616.851:655.28.022.1(1-856)(048.8)

Для цитирования: Иванов Д.Н., Омельченко М.А. Анализ подходов в психотерапевтическом консультировании юношей из группы риска по развитию шизофрении (обзор зарубежной литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 53–64. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-53-64](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-53-64)

Анализ подходов в психотерапевтическом консультировании юношей из группы риска по развитию шизофрении (обзор зарубежной литературы)

Иванов Д.Н.^{1,2}, Омельченко М.А.²

¹ НКО «Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии»

Россия, 197101, Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 12, лит. 3

² ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34

РЕЗЮМЕ

На современном этапе совершенствования методов психотерапии особенно актуальны проблемы изучения закономерностей развития, распознавания начальных этапов и психотерапевтически-ориентированной диагностики психических заболеваний, проведения ранних терапевтических вмешательств в отношении такого заболевания, как шизофрения, и её манифестации у больных из группы психотического риска. Это остается одним из самых сложных, перспективных и востребованных направлений в современной медицине. В статье приводится обоснование применения психотерапевтических подходов, форм и методов психотерапии, направленных не только на редукцию симптомов психотического риска и снижение риска манифестации психоза, но и на улучшение уровня социального функционирования. Основное внимание уделяется наиболее распространенному когнитивно-поведенческому методу с подробным рассмотрением его основных протоколов.

Ключевые слова: группа риска по шизофрении, подростки мужского пола, когнитивная психотерапия, раннее вмешательство, лечебные протоколы КПТ, профилактика психических расстройств.

ВВЕДЕНИЕ

Распознавание начальных этапов психических заболеваний, проективное психодиагностическое обследование и проведение ранних терапевтических вмешательств остаются одними из самых сложных и в то же время перспективных направлений в современной медицине. Это становится особенно актуальным в отношении такого заболевания, как шизофрения, которым страдает около 25 млн жителей планеты и которое является одной из основных причин инвалидности [1]. Шизофрения разрушает социальные и семейные взаимоотношения, дестабилизирует личностную структуру, приводит к значительному ухудшению уровня образования и трудовой занятости, безработице, сопутствующему ухудшению соматического здоровья и преждевременной смерти [2]. Таким образом, профилактика этого заболевания могла бы стать прорывом не только в клиническом аспекте, но и в социальном отношении со значительным снижением финансового бремени, которое накладывают такие больные как на свою семью, так и на общество в целом.

Известно, что начало шизофрении приходится на юношеский возраст [3], а манифестации заболевания предшествует инициальный этап длительностью от 1 до 3 лет [4], представленный, наряду с общими симптомами преимущественно аффективного регистра, также более специфической симптоматикой психотического риска [5], что позволяет распознать начало болезненного процесса и начать проведение профилактических терапевтических мероприятий с целью положительного влияния на его дальнейшее течение и исход [5]. Предотвращение психоза у больных из группы психотического риска дает возможность не только отсрочить или даже полностью предотвратить манифестацию заболевания, но также существенно улучшить качество жизни таких пациентов [6].

Возможности распознавания риска развития шизофрении

По данным ретроспективных исследований, к настоящему времени установлены основные критерии отнесения пациента к группе психотического риска [7], к которым относятся: 1) атте-

нуированные психотические симптомы (АПС), по степени выраженности не достигающие уровня психотических; 2) короткие интермиттирующие психотические симптомы (КИПС), в силу своей крайней непродолжительности не отвечающие критериям истинных психотических феноменов; 3) генетический риск (психотическое заболевание у родственников) и/или шизотипическое расстройство у пациента, сопровождающееся снижением уровня функционирования на 30% от исходного в течение последнего года. Выявление этих симптомов в общей популяции коррелирует с последующим развитием психотического приступа от 20% до 50% случаев за 2 года наблюдения [8].

Однако основной проблемой становится выявление таких пациентов в общей популяции. В силу своей клинической структуры указанные симптомы психотического риска не являются причиной обращения за медицинской помощью. При проведении ретроспективного исследования больных с уже диагностированной шизофренией было выявлено, что на начальных этапах болезни, до формирования развернутой клинической картины, причинами обращения являлись стресс (56,7%) и/или депрессия (53,0%), трудности концентрации внимания (46,7%), тревога (40,0%), нарушение сна (40,0%), недостаток мотивации (40,0%), нарушение мышления и речи (33,3%), раздражительность и/или гнев (23,3%) [9]. На высокую частоту встречаемости на инициальном этапе шизофрении депрессивных расстройств указывали и другие исследователи [10]. Немецкими авторами доказана потенцирующая роль депрессивных симптомов в прогрессировании психотического риска и ускорении манифестации болезни [11]. По мнению исследователей из США, депрессия ассоциируется с худшим общим клиническим исходом и социальным функционированием у больных из группы риска [12].

Таким образом, низкая специфичность жалоб на инициальном этапе шизофрении, трудности выявления симптомов психотического риска, требующих не только тщательного клинико-психопатологического исследования, включая сбор анамнестических сведений о наследственной отягощенности, но и полной доступности пациентов в отношении своих переживаний, приводят к необходимости более внимательного отношения к когорте больных юношеского возраста, впервые попавших в поле зрения психотерапевта или психиатра.

Возможности психотерапевтической интервенции

Общие неспецифические жалобы таких больных, трудности выявления симптомов риска развития шизофрении, невозможность проведения

неоспоримой доказательной основы на доминирующем этапе болезни в отношении её нозологической принадлежности обуславливают отсутствие единых стандартов терапевтической помощи, особенно применительно к психофармакотерапии. Результаты исследований не выявили однозначного преимущества лекарственных средств в отношении предотвращения манифестации шизофрении [13], напротив, их назначение напрямую связано с риском развития побочных явлений, ухудшающих качество жизни пациентов [1].

В то же время появляются данные об эффективности психотерапевтического вмешательства в отношении не только редукции симптомов психотического риска [14, 15], улучшения социальной адаптации [16], уменьшения степени выраженности депрессии и тревоги [15], но и снижения риска манифестации психоза [15]. Кроме того, было показано, что такое улучшение состояния сохраняется по крайней мере в течение 3 лет [17]. Современные международные руководства NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) и EPA (The European Psychiatric Association) рекомендуют начинать лечение больных из группы психотического риска с психотерапевтических мероприятий, руководствуясь принципом «*grimum non posere*» [18].

Обоснование выбора видов психотерапии

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) была изучена лучше, чем любое другое психосоциальное вмешательство [19]. КПТ разработана в 1950-х годах, зарекомендовала себя в качестве эффективной терапии депрессивного расстройства и успешно применяется в течение нескольких десятилетий. КПТ и некоторые ее методики в последующем стали использоваться в качестве многообещающего метода лечения для людей с шизофренией, психотические симптомы которых не контролируются медикаментозным лечением [20].

КПТ является высокоструктурированной и стандартизированной терапией, помогающей пациентам с шизофренией справляться с их психотическими симптомами путем изучения и переоценки их мыслей и восприятия опыта. Метод предполагает активную позицию пациента и опору на эмпиризм клиента – терапия может быть успешной, только если вначале терапевт пытается понять воспринимаемую пациентом реальность (а также болезнь и её симптомы). В таком случае терапевт сумеет определить, как использовать «неправильную» интерпретацию реальности для оказания помощи пациенту в решении его жизненных проблем [21]. Это актуально и для пациентов из группы психотического риска, у которых также выявляются симптомы психотического

уровня, хотя и в ослабленном, аттенуированном виде [6].

Основными направлениями работы с пациентами юношеского возраста из группы психотического риска являются: контроль когнитивных функций, поведения и симптомов, анализ убеждений или поведенческие эксперименты, поведенческая активация, тренинги копинг-навыков, практические семинары по снижению уровня стресса. В КПТ пациенту рекомендуется участие в развивающей терапии путем изучения доказательств в пользу и против неадаптивного убеждения, оспаривания привычных моделей мышления. Активно используются рассуждения и личный опыт пациента для выработки рациональных, приемлемых альтернативных объяснений и интерпретаций для преодоления проблем, идет обучение самостоятельному управлению болезненными симптомами. Согласно Beck [22], когнитивная терапия базируется на когнитивной модели, которая описывает начало и поддержание расстройства. При лечении следует руководствоваться формулировкой клинического случая. Процесс должен быть структурированным и основываться на общих проблемах и целях пациента. Особое внимание уделяется образовательному компоненту, позволяющему клиенту понять ход терапии. Терапевту следует использовать направляемое открытие в качестве инструмента для изменений. Терапия должна быть ограниченной по времени и включать домашние задания.

Эффективность КПТ

Исторически различали три подхода к пониманию шизофрении [23]. Парадигма болезни введена Краерелін [24] в начале XX в. В ней противопоставлены норма и отклонения от нормы. Отсюда и понимание причин заболевания в контексте наследственных нарушений или воспалительных процессов головного мозга. Согласно второй парадигме – модели стрессовой уязвимости, у биологически и психологически предрасположенных людей может развиваться психоз, если они подвергаются стрессовому жизненному опыту [25]. Считается, что различные расстройства, например шизофрения, лежат вдоль континуума с нормальным поведением и опытом и существует возможность совершать терапевтические изменения, воздействуя на факторы внешней среды и усиливая протективные способности человека справляться с надвигающимся психотическим расстройством. Третья парадигма ориентирована на симптомы [26]. Здесь подчеркивается каждый отдельный симптом – голоса, бред, расстройство мышления, негативные симптомы, а не использование широких диагностических категорий. Одна из них связана с возможностью справиться с симптомами и понять их, а также со способностью функциони-

ровать социально и профессионально, а не просто лечить расстройство как таковое.

Различные протоколы когнитивно-поведенческой терапии психозов сосредоточивают внимания на том или ином симптоме, так как это создает основу для улучшения результатов лечения. Психотические переживания рассматриваются как некоторые реакции, а не только как симптомы основного расстройства. Поэтому необходимо изучить опыт и убеждения человека, связанные с симптомами.

Aaron T. Beck впервые разработал и описал когнитивную терапию параноидного бреда (Beck, 1952), а далее КПТ стала применяться для лечения психотических симптомов [27]. В течение многих десятилетий доминировала гипотеза о том, что психоз является биологическим состоянием, не восприимчивым к психологическим вмешательствам. Тем не менее недавние исследования показали, что положительные симптомы находятся в континууме «здоровье – болезнь» и поэтому могут быть излечимы теми же методами КПТ, которые используются для лечения тревоги и депрессии [28]. Когнитивная модель психоза концептуализирует комбинацию факторов, которые формируют и поддерживают положительные симптомы, такие как бред и слуховые галлюцинации [29], где интерпретации пациента и атрибутивные искажения могут играть особую роль в формировании симптомов и поддержании этих симптомов [30, 31].

Динамика развития психологических вмешательств при психотических расстройствах с использованием когнитивно-поведенческих стратегий на сегодняшний день располагает внушительной базой исследовательской работы, тем не менее существует большой резервный потенциал для будущих изысканий. Как было отмечено выше, в первой работе Beck в 1952 г. была рассмотрена возможность когнитивных вмешательств для бредовых убеждений. После этого ряд небольших исследований [32, 33] укрепил интерес специалистов к способности когнитивных и поведенческих вмешательств воздействовать на симптомы психоза. Тем не менее в последнее десятилетие наблюдается растущий интерес к когнитивно-поведенческой терапии для психотических симптомов, и ряд тщательно проведенных рандомизированных контролируемых испытаний продемонстрировал эффективность этой формы лечения [34, 35, 36, 37].

Вмешательства, которые оказались эффективным для людей с установленным психозом, могут быть действенными не только на стадии развития, но и в продромальной стадии. Таким образом, впоследствии были предложены новые оригинальные протоколы, представляющие собой раз-

ные виды адаптации когнитивно-поведенческой терапии.

На сегодняшний день проведено не менее 20 метаанализов, посвященных изучению 55 вариантов применения когнитивно-поведенческого подхода в лечении психозов (КПТ-П). Эти исследования осуществлялись с использованием различных критериев отбора, среди них встречаются противоречивые интерпретации результатов и продолжается обсуждение относительно эффективности КПТ-П [38], однако итоги этих метаанализов в целом согласуются [39]. Для первичного результата (обычно общая мера симптомов) средняя величина эффекта (ES) находится в умеренном диапазоне с меньшими эффектами в более методологически строгих испытаниях [40]. Как правило, в группах сравнения в рандомизированных исследованиях эффективности КПТ для лиц с риском развития психоза предлагается поддерживающая ПТ [41]. Этот метод отличается от остальных отсутствием КПТ, иногда более низкой частотой сессий (например, раз в месяц или раз в неделю по мере необходимости).

Для позитивных симптомов психоза приводится доказательство эффективности КПТ в «сильнейшем» [41] РКИ Bighelli [42]. Демонстрируются доказательства эффективности СВТр для лиц с персистирующими симптомами [43]. КПТ применяется для лечения галлюцинационных [44] и бредовых [45] расстройств. При этом, по данным современных исследований, наибольший эффект достигается при галлюцинациях [46]. Недавнее пилотное РКИ продемонстрировало, что СВТр потенциально может помочь пациентам, отказывающимся от психофармакотерапии [47]. По данным метаанализа [1], КПТ показала наилучшие результаты в ведении пациентов из группы психотического риска не только в отношении редукции собственно симптомов риска, но и в плане лечения коморбидных расстройств, таких как тревога и депрессия, симптомы которых и являются основной причиной обращения за помощью [48, 49]. Также КПТ-П редуцирует негативные симптомы [50] и помогает улучшить социальное функционирование [51].

Помимо индивидуального формата КПТ может проводиться в групповом виде. Данный способ в большей степени направлен на развитие социальных навыков. Обеспечение социальной поддержки важно для развития адаптации к стрессу, а развитые навыки коммуникации – необходимое условие для снижения интерперсональных конфликтов и неудач [52]. Однако групповой формат терапии сопровождается рядом трудностей: непросто сформировать однородную группу, проблемы и цели пациентов часто различаются,

а потому разработка актуальной для каждого участника группы программы мало достижима. Еще одна сложность – вовлечение участников в групповой формат, часто воспринимаемый пациентами как небезопасный. Сегодня групповой формат описывается многими авторами как дополнительный к индивидуальной психотерапии.

Протоколы КПТ

Большинство протоколов КПТ-П являются довольно общими и сосредоточены в основном на позитивных симптомах, таких как бред и галлюцинации. Некоторые из протоколов специфичны в отношении отдельно взятого симптома, и тогда вся работа нацелена, например, на «голоса». Так, Wykes был первым, кто предложил КПТ для «голосов» [53]. Другими исследователями, которые изучали КПТ для «голосов», были Mark Van Der Gaag и коллеги [46]. Последние фокусировались на уменьшении дистресса, связанного с воспринимаемой «силой голоса». Birchwood и коллеги [54] разрабатывали стратегии, нацеленные на «угрожающие голоса», а именно на императивные галлюцинации, делая упор на снижение частоты «голосов», выработку адекватного отношения пациента к «голосам», развитие критичности к ним, а также на изменения в поведении человека, которые возникают в ответ на «голоса» (устойчивость). Предварительное испытание [55] подтвердило, что КПТ-П помогло уменьшить ответное поведение (не делать то, что велит «голос») и изменить дезадаптивные убеждения в отношении «голосов», а также уменьшить депрессию и дистресс, но не оказала влияния на частоту или характеристику «голосов». Одно из пилотных исследований веб-КПТ для лечения галлюцинационной симптоматики [56] также показало аналогичные результаты.

Хотя было опубликовано много экспериментальных исследований, направленных на бред преследования, Фриман и коллеги [57] первыми опубликовали результаты большого рандомизированного контролируемого исследования (n=150), специально предназначенного для параноидных бредовых идей. Результаты демонстрируют эффективность вмешательств КПТ. По прошествии 6 сессий наблюдалось значительное уменьшение выраженности бреда преследования.

Другим фокусом в КПТ-П являются негативные симптомы. В настоящее время недостаточно исследований, специально разработанных для исследования эффективности КПТ в отношении негативных симптомов. Staring и коллеги [58] представили экспериментальные данные, предполагающие многообещающее улучшение при негативных симптомах. Тем не менее более крупное исследование TONES [59] не обнаружило каких бы то ни было преимуществ КПТ перед когни-

тивно-восстановительной терапией для когнитивных нарушений (памяти или внимания) с точки зрения улучшения негативных симптомов [60].

Протокол СВТ-Ф

Данный протокол Paul French основан на принципах, разработанных Beck в 1976 г. [61], в их основе лежит предположение, что терапия должна основываться на когнитивной модели того расстройства, которое лечат. Лечение предполагает разработку концептуализации случая, которая далее используется для выбора стратегий лечения. Существует несколько когнитивных моделей, описывающих возникновение и поддержание психоза. Данный протокол использует модель психоза, изложенную Morrison [62].

На начальном этапе внимание уделяется вовлечению пациента в терапию, формулируется кейс и намечается линия ПТ. Выделяют нормализацию, разработку и оценку альтернативных объяснений симптомам, работу над «охранительным» поведением, метакогнитивными убеждениями, глубинными убеждениями, работу с социальной изолированностью и профилактикой рецидивов. Нормализация – подход к существующим психотическим симптомам, широко используемым Kingdon и Turkington [63]. Это согласуется с гипотезой Strauss о том, что психотические явления лежат в континууме с нормальными процессами [64]. В соответствии с этой точкой зрения, эпидемиологические исследования предполагают более высокую распространенность психотических явлений среди населения в целом, чем следует ожидать при изучении данных психиатрических учреждений.

Оценка и реструктурирование ложных убеждений в отношении симптомов заключается в изучении и изменении интерпретации психотических явлений и последующих когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций на них. На этапе работы с «охранительным поведением» используются наработки David Clark. Суть их заключается в том, что у пациентов с тревогой выработан ряд поведенческих стратегий для облегчения состояния [65, 66, 67]. Модель психоза [62] рассматривает такие когнитивные и поведенческие реакции, как потенциально поддерживающие дистресс: например, селективное внимание, руминирование, избегающее поведение. Такое реагирование изучается совместно с пациентом и оценивается с точки зрения адаптивности с целью выработки более помогающих альтернатив.

Важная часть отводится работе с метакогнитивными [62, 67], так как подобные феномены могут вызывать дополнительные интрузии, в то время как негативные оценки необычного опыта как опасного или неконтролируемого могут инициировать или ускорить прогрессирование психоза.

Работа с глубинными убеждениями предполагает исследование и реструктурирование негативных представлений о себе, о мире, о других. Модификация таких убеждений не всегда может быть необходимой или доступной. Однако совместная разработка формулировки помогает человеку понять, как возникли его убеждения. Тем не менее для некоторых людей основные убеждения могут влиять на поддержание их дисфункциональных интерпретаций или представлять значительные факторы уязвимости для будущего рецидива.

При работе с лицами, подверженными риску развития психоза, авторы протокола обнаружили, что общий фактор заключается в том, что по разным причинам пациенты не имеют доступа к внешнему опыту, а потому склонны формировать собственные, часто ошибочные представления о внешних или внутренних событиях независимо от того, насколько это эффективно. Отсюда необходимо развивать межперсональные навыки для получения социальной поддержки.

Mrazek и Haggerty [68] предлагают идею профилактических вмешательств. Ими было предложено три стратегии профилактики: универсальная, селективная и индикаторная. В первом случае к психологическим интервенциям относится психообразование населения о том, что такое психоз. Во втором случае интервенции будут направляться только на группы с риск-факторами (в основном группы людей, в наследственно-семейной истории которых имелись психозы). В третьем случае работа нацелена на людей, принадлежащих к группе высокого риска и у которых проявляются минимальные, но обнаружимые признаки психоза. Этот подход является стратегией, принятой в клинике РАСЕ.

Профилактика рецидивов включает разработку плана безопасности, обобщение терапевтического прогресса и обсуждение того, как и когда рассмотреть возможность доступа к услугам в будущем. Эта работа особенно актуальна для тех пациентов, которые испытали КИПС, поскольку в центре внимания вмешательства часто находится предотвращение повторения этих расстройств: обучение распознавать период до рецидива (авторами он рассматривается как продром рецидива и обычно характеризуется изменениями настроения, поведения и мыслей человека, которые появляются за две–шесть недель до рецидива). Пациент подготовлен к тому, чтобы узнавать появляющиеся субклинические симптомы и другие индикаторы, предвещающие начало болезни. Продромы при психозе, по-видимому, характеризуются такими изменениями, как повышение напряжения, нарушение аппетита, проблемы с концентрацией внимания, расстройства сна, депрессия, социальное напряжение, беспокойство,

дисфория и раздражительность [69]. Они также могут включать слабые психотические симптомы, например подозрительность и идеи отношения [70]. Если эти ранние признаки и симптомы могут быть идентифицированы, то они могут представлять возможность действовать быстро, чтобы получить лечение, направленное на минимизацию симптомов и возможность предотвращения последующего рецидива. В протоколе ряд психологических вмешательств используется для минимизации рецидива [71]. Мысли пациента, связанные со страхом госпитализации и последствий этого, вызывают сильные эмоции, пациент учится адекватно оценивать первоначальные симптомы, а не интерпретировать их как индикаторы надвигающегося безумия [72].

Протокол СВТ-V

Протокол СВТ-V [73] использует протокол СВТ-F с двумя дополнительными компонентами, включающими воздействие на когнитивные убеждения, которые могут способствовать развитию паранойи [74]. Другими поведенческими целями являются воздействие на посещаемость школы, работы, улучшение социальных взаимоотношений и снижение частоты употребления ПАВ [73].

Протокол СТ-R

Это новый, личностно-ориентированный подход к пониманию и лечению тяжелых психических заболеваний – восстановительная когнитивная терапия (СТ-R). Теория и терапия основаны на предположении, что личность состоит из ряда «режимов», включающих основные компоненты: познание, аффект, мотивация и поведение. Активация определенного режима и его статус (адаптивный или дезадаптивный) зависят от соответствия между внутренними импульсами и желаниями человека и внешними ситуационными факторами. Стойкие когнитивные искажения в пределах режимов могут быть ответственны за плохую адаптацию, наблюдаемую при психических расстройствах. Теория режимов в применении к шизофрении постулирует, что люди страдают от постоянно активированных неадаптивных режимов и не способны контролировать их переключение. Основные терапевтические элементы СТ-R направлены на активацию адаптивных режимов личности, дезактивацию дезадаптивных режимов, что содействует движению к выздоровлению [74].

Веск рассматривает «личность с точки зрения двух всеобъемлющих секторов: позитивного и негативного» [75]. Негативные аффекты можно разделить на беспокойство, депрессию или гнев. Соответствующие автоматические мысли связаны с опасностью, поражением или бессилием. Чрезмерная реакция на ситуацию часто происходит вследствие негативного когнитивного предубеж-

дения при её фактической нейтральности. Большинству людей удастся ориентироваться в этих предубеждениях и либо учитывать, либо реструктурировать. Другой сектор – позитивный аффект – имеет отношение к положительному эффекту: люди склонны делать то, что принесет им удовлетворение или облегчит страдания.

До недавнего времени терапевтический подход был направлен на снижение разных когнитивных паттернов, негативных аффектов и неадаптивных моделей поведения. Хотя в последние годы внимание многих психотерапевтов сместилось с негативных симптомов к более широкому, перекрестному диагностическому подходу, направленному на целостное представление о пациенте и активацию его личностного потенциала. В работе с пациентами с серьезными психическими расстройствами Р. Grant и Е. Inverso рассматривают такие широкие аспекты личности, как эффективность, ценность, индивидуальные особенности, независимость и т.д. В процессе терапии пациент приходит к выводу о значении того или иного опыта (бытовые задачи, общение, собственные реакции). Пациент формулирует для себя, что говорит накопленный опыт о нем как о личности и как этот вывод можно утилизировать. Это сосредоточение на значении имеет тенденцию активации – «нисходящий подход». Такой подход направлен на получение нового опыта для реконструкции старых убеждений в более адаптивные новые, так же, как традиционные подходы когнитивной терапии. Критическое отличие СТ-R заключается в акценте на активацию позитивного режима и уменьшении акцента на негативные факторы [75]. Исследование эффективности протокола демонстрирует весомые преимущества СТ-R по сравнению со стандартным лечением. Улучшения сохранялись при последующем наблюдении спустя 6 месяцев после окончания ПТ, и размеры эффекта были сопоставимы с теми, которые наблюдались в конце лечения [76].

NBI (needs-based intervention)

Психотерапия, основанная на базовых потребностях, сосредоточена на выделении симптомов и соответствующих социальных, семейных и профессионально-технических вопросов. В некоторых исследованиях эти методы обеспечивают поддержку и образование семей в дополнение к кризисному управлению и индивидуальной опеке [77]. При проведении NBI ведется работа с уже имеющимися симптомами. NBI может включать следующие направления: поддерживающую психотерапию, направленную на актуальные переживания по поводу социальных или семейных взаимоотношений; программы психообразования и поддержки семьи; информирование о применении препаратов; клинический монито-

ринг [78]. Разработка и реализация поддерживающих процедур ведется на уровне медицинской службы посредством целевого и/или группового подхода и на индивидуальном уровне.

Психообразование как вид психотерапии

Психообразование как информирование пациентов об их психическом состоянии способствует формированию адекватных представлений и преодолению стигматизации, рекомендуется как первоочередное вмешательство в предпсихотический период [79]. Разные методы психообразования могут включать лекции, демонстрации, ролевые разыгрывания. Реализуется как в индивидуальном, так и в групповом формате. Психообразование часто применяется в качестве сравнительного метода при оценке эффективности более стандартизированных форм вмешательств.

Недавний систематический обзор 44 рандомизированных контролируемых исследований, проведенных в 1988-2009 гг., показал, что у пациентов с шизофренией, в том числе и на ранних её этапах (n=1200–1400) в программах психообразования значительно улучшались приверженность лечению и качество ремиссии, уменьшалась частота рецидивов (в течение 6 месяцев) по сравнению с теми, кто получал стандартную психиатрическую помощь [80]. Рандомизированное контролируемое исследование (Мюнхен, Германия) показало, что психообразование при шизофрении, состоящее из индивидуальной поведенческой терапии, тренингов «самоутверждения» и решения проблем обучения навыкам общения и дальнейшей семейной терапии, может привести к значительному снижению показателей повторной госпитализации с 58% до 41% и сокращению пребывания в стационаре с 78 до 39 дней [81]. Программы психообразования включают широкий тематический диапазон в отношении потребностей пациента, проблем в связи с болезнью, её лечением и самоконтролем. Акцент делается на развитие комплаентности, снабжение пациентов адекватными и современными знаниями о болезни и её клиническом течении, на теории и практики лечения, управление стрессом, эффективные навыки общения и преодоление трудностей, семейную систему отношений и межличностные контакты, поддержание правильного питания, здорового образа жизни, предотвращение рецидивов и употребления ПАВ [82].

Семейная психотерапия

Течение болезни, лечение, профилактика – серьезная нагрузка как на больных шизофренией, так и для их семей. Семейная психотерапия эффективна в отношении предотвращения рецидивов и стабилизации болезненного процесса [83]. Используются психосоциальный, психообразовательный и поведенческий типы интервенций.

Включает тренинги развития необходимых навыков. Основная цель программы – уменьшить рецидивы и укрепить ремиссию пациентов. Часто работа ведется без присутствия пациентов [84]. Метаанализы Pharoah et al. [85, 86]. McFarlane et al. [86] показали снижение риска рецидивов и количества госпитализаций у больных, члены семей которых прошли обучение в психообразовательных проектах.

Поведенческая психотерапия

Основные интервенции при использовании данного метода направлены на развитие комплаентности пациента, сотрудничество. В рамках лечения проводится обучение навыкам планирования, постановки задач, системы напоминаний, поддержанию активности, социальным навыкам, управлению нежелательным поведением [87]. Активно используются положительное подкрепление, позитивная обратная связь. Особое внимание уделяется навыкам межличностного общения. В сравнении с интервенциями в дидактическом формате поведенческий подход показал лучшую эффективность для развития готовности пациента к лечению [88].

Рассмотренные выше протоколы КПТ можно отнести к одному базовому методу, который опирается на двухуровневую модель когнитивных процессов Beck. Напомним её: система убеждений задает определенное отношение к событиям триггерам, что ведет к появлению позитивных симптомов, в редукции которых и состоит цель работы. Второй базовый метод в КПТ опирается на модель когнитивного дефицита и несформированных когнитивных, социальных навыков. В этом ключе проводится восстановление или улучшение когнитивных функций, в нескольких пилотных исследованиях изучались лица с риском манифестации, у которых была обнаружена взаимосвязь когнитивных нарушений и исходов функционального состояния [89].

Для психотерапевтической интервенции юношей с риском развития психоза в рамках когнитивного восстановления или улучшения состояния использовали компьютеризированные когнитивно-реконструктивные программы (COGNACK, Lumosity, Brain Fitness Program, SocialVille или PositScience) с доказанной эффективностью при установленном диагнозе [90, 91]. Образовательная платформа обеспечивают тренировку различных областей когнитивных функций, таких как внимание, скорость обработки информации, исполнительные функции, обучение и память, социальная адаптация. Тренинги, как правило, проходят с периодичностью несколько раз в неделю.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный литературный обзор дает представление о существующих вариантах оказа-

ния психотерапии пациентам юношеского возраста из группы психотического риска, которые обращаются за помощью по поводу неспецифических жалоб тревожно-депрессивного круга.

По данным современных исследований, такой подход прежде всего оправдан как стратегия первого выбора для лечебного вмешательства на ранних этапах психических заболеваний, которая позволяет повлиять не только на основные симптомы, являющиеся предметом жалоб, но и на симптомы высокого риска развития психоза, а также на когнитивные функции, определяющие уровень социального функционирования. В зависимости от конкретного клинического случая нами делается выбор в пользу того или иного протокола, которые описаны выше. Однако не менее эффективно бывает использование отдельно взятых наработок, приводимых в статьях авторов КПТ протоколов. Такой интегративный подход, с нашей точки зрения, допустим, так как опыт работы с описанной группой пациентов позволяет проследить некоторые закономерности. Например, пациентов отличает низкая мотивация, их часто характеризует поведение, препятствующее терапии. Важнейшим элементом работы становится создание психотерапевтических отношений. В этой связи наибольший интерес вызывает относительно новый подход СТ-R, даже несмотря на то что он рассчитан на работу с тяжелыми психическими состояниями. Интервенции, предлагаемые авторами СТ-R, помогают сформировать у пациентов представление о собственной позитивной концептуализации: имеющихся ресурсах, буферах, копингах. Всё это, а также прояснение желаний и ценностей пациентов становится платформой для развития мотивации к решению поставленных в терапевтической работе задач.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов, связанных с публикацией материалов данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской или иной финансовой поддержки.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346:F185. DOI: 10.1136/bmj.f762.
- Bloom, DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein AZ, Weinstein C. The global economic burden of noncommunicable diseases. *World Economic Forum*, 2011.
- Girolamo G, McGorry P, Sartorius N. Age of onset of mental disorders. 2019 Springer International Publishing AG. Switzerland. URL: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-72619-9>
- McGlashan TH. Commentary: Progress, issues, and implications of prodromal research: an inside view. *Schizophr Bull*. 2003;29(4):851-8. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007051
- Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G, Cadenhead K, Dazzan P, Fusar-Poli P, Gallinat J, Giedd J, Grayson DR, Heinrichs M, Kahn R, Krebs MO, Leboyer M, Lewis D, Marin O, Marin P, Meyer-Lindenberg A, McGorry P, McGuire P, Owen MJ, Patterson P, Sawada A, Spedding M, Uhlhaas P, Vaccarino F, Wahlenstedt C, Weinberger D. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nat Rev Drug Discov*. 2016 Jul;15(7):485-515. doi: 10.1038/nrd.2016.28
- Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017 Oct;16(3):251-265. doi: 10.1002/wps.20446
- Andreou C, Bailey B, Borgwardt S. Assessment and treatment of individuals at high risk for psychosis. *BJPsych Advances*. 2019;25(3):177-84. URL: <https://doi.org/10.1192/bja.2019.3>
- Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, Woods SW, Addington J, Nelson B, Nieman DH, Stahl DR, Rutigliano G, Riecher-Rössler A, Simon AE, Mizuno M, Lee TY, Kwon JS, Lam MM, Perez J, Keri S, Amminger P, Metzler S, Kawohl W, Rössler W, Lee J, Labad J, Ziermans T, An SK, Liu CC, Woodberry KA, Braham A, Corcoran C, McGorry P, Yung AR, McGuire PK. Heterogeneity of Psychosis Risk Within Individuals at Clinical High Risk: A Meta-analytical Stratification. *JAMA Psychiatry*. 2016 Feb;73(2):113-20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2324
- Brummitt K, Addington J. Treatment possibilities for individuals at clinical high risk of psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2013 May;7(2):155-61. doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00370.x
- DeVylder JE, Yang LH, Harkavy-Friedman JM, Azimov N, Walder DJ, Corcoran CM. Assessing depression in youth at clinical high risk for psychosis: a comparison of three measures. *Psychiatry Res*. 2014 Feb 28; 215(2):323-8. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.002
- Häfner H, an der Heiden W, Maurer K. Evidence for separate diseases?: Stages of one disease or different combinations of symptom dimensions? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Jun;258 Suppl 2:85-96. doi: 10.1007/s00406-008-2011-4
- Fulford D, Niendam TA, Floyd EG, Carter CS, Mathalon DH, Vinogradov S, Stuart BK, Loewy RL. Symptom dimensions and functional impairment in early psychosis: more to the story than just negative symptoms. *Schizophr Res*. 2013 Jun;147(1):125-131. doi: 10.1016/j.schres.2013.03.024
- Davies C, Cipriani A, Ioannidis JPA, Radua J, Stahl D, Provenzano U, McGuire P, Fusar-Poli P. Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis. *World Psychiatry*. 2018 Jun;17(2):196-209. doi: 10.1002/wps.20526
- Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, Parker S, Bentall RP. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004 Oct;185:291-7. doi: 10.1192/bjp.185.4.291

15. Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res.* 2011 Jan;125(1):54-61. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.015
16. Bechdolf A, Wagner M, Veith V, Ruhrmann S, Pukrop R, Brockhaus-Dumke A, Berning J, Stamm E, Janssen B, Decker P, Bottlender R, Moller HJ, Gaebel W, Maier W, Klosterkotter J. Randomized controlled multicentre trial of cognitive behaviour therapy in the early initial prodromal state: effects on social adjustment post treatment. *Early Interv Psychiatry.* 2007 Feb;1(1):71-8. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00013.x
17. Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: Systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2013;346:F185. doi: 10.1136/bmj.f762.
18. Thompson A, Broome M. Risk factors for psychosis: Paradigms, mechanisms, and prevention. Academic Press, 2020:456.
19. Woodberry KA, Shapiro DI, Bryant C, Seidman LJ. Progress and Future Directions in Research on the Psychosis Prodrome: A Review for Clinicians. *Harv Rev Psychiatry.* 2016 Mar-Apr;24(2):87-103. doi: 10.1097/HRP.0000000000000109
20. Haddock G, Tarrrier N, Morrison AP, Hopkins R, Drake R, Lewis S. A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999 May;34(5):254-8. doi: 10.1007/s001270050141
21. Jones C, Hacker D, Meaden A, Cormac I, Irving CB. WITHDRAWN: Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Apr 13;(4):CD000524. doi: 10.1002/14651858.CD000524.pub3
22. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York, NY: International Universities Press, 1976.
23. Morrison AP, Renton JC, Dunn H, Williams S, Bentall RP. *Cognitive therapy for psychosis. A formulation based approach.* Hove: Brunner-Routledge, 2004.
24. Kraepelin E. *Psychiatry: A textbook for students and physicians.* Vol. 1. General Psychiatry. Canton, MA: Watson Publishing International, 1899/1990.
25. Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1977 Apr;86(2):103-26. doi: 10.1037//0021-843x.86.2.103
26. Bentall R.P. *Madness Explained. Psychosis and Human Nature.* London: Penguin Books, 2003.
27. *CBT for psychosis: A symptom-based approach / ed. by R. Hagen, D. Turkington, T. Berge, R.W. Gräwe.* Routledge, 2010:296.
28. Bentall R. The new psychology and treatment of psychosis. *Journal of the Norwegian Psychological Association.* 2007;44:524-6.
29. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med.* 2001 Feb;31(2):189-95. doi: 10.1017/s0033291701003312
30. Bentall R.P. *Madness explained. Psychosis and human nature.* London: Penguin Books, 2003.
31. Freeman D., Garety P. (eds). *Paranoia: The psychology of persecutory delusions.* Hove, UK: Psychology Press, 2004. (Maudsley Monograph No. 45.)
32. Chadwick PD, Lowe CF. Measurement and modification of delusional beliefs. *J Consult Clin Psychol.* 1990 Apr;58(2):225-32. doi: 10.1037//0022-006x.58.2.225
33. Watts FN, Powell GE, Austin SV. The modification of abnormal beliefs. *Br J Med Psychol.* 1973 Dec;46(4):359-63. doi: 10.1111/j.2044-8341.1973.tb02260.x
34. Drury V, Birchwood M, Cochrane R, Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *Br J Psychiatry.* 1996 Nov;169(5):593-601. doi: 10.1192/bjp.169.5.593
35. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, Hadley C. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry.* 1997 Oct;171:319-27. doi: 10.1192/bjp.171.4.319
36. Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R, O'Carroll M, Barnes TR. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 Feb;57(2):165-72. doi: 10.1001/archpsyc.57.2.165
37. Tarrrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ.* 1998 Aug 1;317(7154):303-7. doi:10.1136/bmj.317.7154.303
38. *A clinical introduction to psychosis: Foundations for clinical psychologists / ed. by JC. Badcock, G. Paulik.* Academic Press, 2019. 742 p.
39. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull.* 2008 May;34(3):523-37. doi: 10.1093/schbul/sbm114
40. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry.* 2014 Jan;204(1):20-9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116285
41. Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Am J Psychiatry.* 2014 May;171(5):523-38. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13081159
42. Bighelli I, Salanti G, Huhn M, Schneider-Thoma J, Krause M, Reitmeir C, Wallis S, Schwermann F, Pitschel-Walz G, Barbui C, Furukawa TA, Leucht S. Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry.* 2018 Oct;17(3):316-329. doi: 10.1002/wps.20577
43. Burns AM, Erickson DH, Brenner CA. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatr Serv.* 2014 Jul;65(7):874-80. doi: 10.1176/appi.ps.201300213

44. Thomas N, Hayward M, Peters E, van der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, Strauss C, Sommer IE, Johns LC, Varese F, García-Montes JM, Waters F, Dodgson G, McCarthy-Jones S. Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. *Schizophr Bull.* 2014 Jul;40 Suppl 4(Suppl 4):S202-12. doi: 10.1093/schbul/sbu037
45. Mehl S, Werner D, Lincoln TM. Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Front Psychol.* 2015 Oct 6;6:1450. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01450
46. van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2014 Jun;156(1):30-7. doi: 10.1016/j.schres.2014.03.016
47. Pyle M, Pilling S, Machin K, Allende-Cullen G, Morrison AP. Peer support for internalised stigma experienced by people with psychosis: Rationale and recommendations. *Psychosis.* 2018;10(2):146-152. <https://doi.org/10.1080/17522439.2018.1437212>
48. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R, Perkins DO, Seidman LJ, Tsuang MT, Walker EF, McGlashan TH. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. *Schizophr Bull.* 2009 Sep;35(5):894-908. doi: 10.1093/schbul/sbp027
49. Peters E, Landau S, McCrone P, Cooke M, Fisher P, Steel C, Evans R, Carswell K, Dawson K, Williams S, Howard A, Kuipers E. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiatr Scand.* 2010 Oct;122(4):302-18. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01572.x
50. Grant P M, Huh GA, Perivoliotis D, Stolar NM, Beck AT. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(2):121-127. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.129
51. Fowler D, Garety PA, Kuipers E. Cognitive behaviour therapy for psychosis. Theory and practice. Chichester: Wiley, 1995.
52. Bellack A.S. Schizophrenia: Behavior therapy's forgotten child. *Behavior Therapy.* 1986;17(3):199-214. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(86\)80051-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(86)80051-X).
53. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, Landau S. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophr Res.* 2005 Sep 15;77(2-3):201-10. doi: 10.1016/j.schres.2005.03.013
54. Birchwood M, Peters E, Tarrier N, Dunn G, Lewis S, Wykes T, Davies L, Lester H, Michail M. A multi-centre, randomised controlled trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations. *BMC Psychiatry.* 2011 Sep 30;11:155. doi: 10.1186/1471-244X-11-155
55. Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2004 Apr;184:312-20. doi: 10.1192/bjp.184.4.312
56. Gottlieb J.D., Romeo K.H., Penn D.L., Mueser K.T., Chiko B.P. Web-based cognitive-behavioral therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis: A pilot study. *Schizophr Res.* 2013. Vol. 145. No. 1–3. P. 82–87. DOI: 10.1016/j.schres.2013.01.002.
57. Freeman D, Dunn G, Startup H, Pugh K, Cordwell J, Mander H, Černis E, Wingham G, Shirvell K, Kingdon D. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry.* 2015 Apr;2(4):305-13. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00039-5
58. Staring AB, Ter Huurne MA, van der Gaag M. Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2013 Sep;44(3):300-6. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.01.004
59. Klingberg S, Wölwer W, Engel C, Wittorf A, Herrlich J, Meisner C, Buchkremer G, Wiedemann G. Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: results of the randomized clinical TONES study. *Schizophr Bull.* 2011 Sep;37 Suppl 2(Suppl 2):S98-110. doi: 10.1093/schbul/sbr073
60. Comprehensive care of schizophrenia: A textbook of clinical management /ed. by JA Lieberman, RM Murray. London: Martin Dunitz, 2000:256.
61. Anthony PF, Morrison P. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis: A treatment approach. John Wiley & Sons Ltd., 2004. DOI: 10.1002/9780470713259
62. Morrison A.P. The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy.* 2001 July;29(3):257–276. <https://doi.org/10.1017/S1352465801003010>
63. Kingdon D, Turkington D. Cognitive behavioral therapy of schizophrenia. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, 1994:212.
64. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. *Arch Gen Psychiatry.* 1969 Nov;21(5):581-6. doi: 10.1001/archpsyc.1969.01740230069010
65. Clark HH. Using language. N.Y.: Cambridge University Press, 1996.
66. Salkovskis PM. Avoidance behaviour is motivated by threat beliefs: A possible resolution of the cognitive-behaviour debate. In: Salkovskis PM. (ed.). Trends in cognitive and behavioural therapies. Chichester: Wiley, 1996:25-42.
67. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* 1995;23(3):301-20. doi:10.1017/S1352465800015897
68. Mrazek P.J., Haggerty R.J. (eds). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academies Press, 1994.
69. Birchwood M, Smith J, Macmillan F, Hogg B, Prasad R, Harvey C, Bering S. Predicting relapse in schizophrenia: the development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychol Med.* 1989 Aug;19(3):649-56. doi: 10.1017/s0033291700024247

70. Chadwick PD, Birchwood MJ, Trower P. Wiley series in clinical psychology. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. John Wiley & Sons, 1996.
71. Gumley A., Power K. Is targeting cognitive therapy during relapse in psychosis feasible? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2000 April;28(2):161-74. doi: 10.1017/S135246580001077
72. Gumley A.I., White C.A., Power K.G. An interacting cognitive subsystems model of relapse and course of psychosis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999 October;6(4):261-78. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199910)6:4<261::AID-CPP211>3.0.CO;2-C
73. van der Gaag M, Nieman DH, Rietdijk J, Dragt S, Ising HK, Klaassen RM, Koeter M, Cuijpers P, Wunderink L, Linszen DH. Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophr Bull*. 2012 Nov;38(6):1180-8. doi: 10.1093/schbul/sbs105
74. Rietdijk J, Dragt S, Klaassen R, Ising H, Nieman D, Wunderink L, Delespaul P, Cuijpers P, Linszen D, van der Gaag M. A single blind randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy in a help-seeking population with an At Risk Mental State for psychosis: the Dutch Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE-NL) trial. *Trials*. 2010 Mar 22;11:30. doi: 10.1186/1745-6215-11-30
75. Beck AT, Finkel MR, Beck JS. The theory of modes: Applications to schizophrenia and other psychological conditions. *Cogn Ther Res*. 2020. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10098-0>
76. Beck A.T. The recovery-oriented cognitive therapy (CT-R) difference: Activating positive cognitions rather than deactivating negative cognitions. 2020 April 28. <https://beckinstitute.org/the-recovery-oriented-cognitive-therapy-difference/>
77. Addington J, Epstein I, Liu L, French P, Boydell KM, Zipursky RB. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophr Res*. 2011 Jan;125(1):54-61. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.015
78. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, Germano D, Bravin J, McDonald T, Blair A, Adlard S, Jackson H. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Oct;59(10):921-8. doi: 10.1001/archpsyc.59.10.921
79. Berger G, Fraser R, Carbone S, McGorry P. Emerging psychosis in young people - Part 1 - key issues for detection and assessment. *Aust Fam Physician*. 2006 May;35(5):315-21. PMID: 16680211
80. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2011 Jan;37(1):21-2. doi: 10.1093/schbul/sbq138
81. Basan A, Pitschel-Walz G, Bäuml J. Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Patienten und anschließende ambulante Langzeitbehandlung. Eine 4-Jahres-Katamnese und Literaturübersicht [Psychoeducational intervention for schizophrenic patients and subsequent long-term ambulatory care. A four-year follow-up]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2000 Dec;68(12):537-45. German. doi: 10.1055/s-2000-10038
82. Bisbee C.C., Vickar G.M. A review of psychoeducation for patients with schizophrenia. *Psychiatric Annals*. 2012 June;42:205-10. doi:10.3928/00485713-20120606-03
83. NICE 2019. All rights reserved. Subject to Notice of rights. URL: <https://www.nice.org.uk/terms-and-Page46conditions#notice-of-right>. Last updated: March 2014.
84. Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD000088. doi: 10.1002/14651858
85. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2
86. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther*. 2003 Apr;29(2):223-45. doi: 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x
87. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 1996 Feb 10;312(7027):345-9. doi: 10.1136/bmj.312.7027.345
88. Boczowski JA, Zeichner A, DeSanto N. Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients: an intervention outcome report. *J Consult Clin Psychol*. 1985 Oct;53(5):666-71. doi: 10.1037//0022-006x.53.5.666
89. Holzer L, Urban S, Passini CM, Jaugey L, Herzog MH, Halfon O, Pihet S. A randomized controlled trial of the effectiveness of computer-assisted cognitive remediation (CACR) in adolescents with psychosis or at high risk of psychosis. *Behav Cogn Psychother*. 2014 Jul;42(4):421-34. doi: 10.1017/S1352465813000313
90. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry*. 2011 May;168(5):472-85. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855
91. Keshavan MS, Vinogradov S, Rumsey J, Sherrill J, Wagner A. Cognitive training in mental disorders: update and future directions. *Am J Psychiatry*. 2014 May;171(5):510-22. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13081075

Поступила в редакцию 18.01.2021
Утверждена к печати 03.03.2021

Иванов Денис Николаевич – клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, руководитель социальных программ Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Researcher ID AAJ-9770-2021. ORCID iD 0000-0003-1354-3648.

Омельченко Мария Анатольевна – кандидат медицинских наук, врач-психиатр, ведущий научный сотрудник Отдела юношеской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Researcher ID K-6508-2016 ORCID iD 0000-0001-8343-168X. SPIN-код 1643-9032. Author ID 669983.

✉ Иванов Денис Николаевич, Denis.n.ivanov@gmail.com

UDC 616.895.8:616-053.7:616.035:616.851:655.28.022.1(1-856)(048.8)

For citation: Ivanov D.N., Omelchenko M.A. Analysis of approaches in psychotherapeutic counseling of young men at risk for the development of schizophrenia (review of foreign literature). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 53–64. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-53-64](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-53-64)

Analysis of approaches in psychotherapeutic counseling of young men at risk for the development of schizophrenia (review of foreign literature)

Ivanov D.N.^{1,2}, Omelchenko M.A.²

¹ Non-profit organization “Association for Cognitive-Behavioral Psychotherapy”
Kamennostrovsky Avenue 12, letter Z, 197101, Saint-Petersburg, Russian Federation

² Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”
Kashirskoe Highway 34, 115522, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

At the present stage of the improvement of methods of the psychotherapy, the problems of studying the patterns of development, recognizing the initial stages and psychotherapeutic-oriented diagnosing mental diseases, conducting early therapeutic interventions in relation to diseases such as schizophrenia, and its manifestation in patients from the psychosis risk group are of specific relevance. This remains one of the most difficult, promising and demanded areas in modern medicine. The article provides a rationale for the use of psychotherapeutic approaches, forms and methods of psychotherapy, aimed not only at reducing the symptoms of psychotic risk and reducing the risk of manifestation of psychosis, but also at improving the level of social functioning. The main focus is on the most common cognitive-behavioral method, with a detailed examination of its main protocols.

Keywords: schizophrenia risk group, male adolescents, cognitive psychotherapy, early intervention, CBT treatment protocols, mental health prevention.

Received January 18.2021

Accepted March 03.2021

Ivanov Denis N. – clinical psychologist, cognitive-behavioral psychotherapist, head of social programs of the Association for Cognitive-Behavioral Psychotherapy, Saint-Petersburg, Russian Federation; researcher, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation.
Researcher ID AAJ-9770-2021. ORCID iD 0000-0003-1354-3648.

Omelchenko Maria A. – PhD, psychiatrist, lead researcher, Department of Youth Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution “Mental Health Research Center”, Moscow, Russian Federation.
Researcher ID K-6508-2016. ORCID iD 0000-0001-8343-168X. SPIN-code 1643-9032. Author ID 669983.

✉ Ivanov Denis N., Denis.n.ivanov@gmail.com