

О. В. Гусева, А. П. Коцюбинский

**ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ
ПСИХОТЕРАПИИ ЭНДОГЕННЫХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Интеграция образовательного,
когнитивно-поведенческого
и психодинамического подходов**

Руководство для врачей

Санкт-Петербург
СпецЛит
2013

УДК 616.8
Г96

Авторы:

Гусева Ольга Васильевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, врач-психиатр и психотерапевт;

Коцюбинский Александр Петрович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, врач-психиатр и психотерапевт

Рецензенты:

С. М. Бабин — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии СЗГМУ им. И. И. Мечникова;

Е. Р. Исаева — доктор психологических наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова

Гусева О. В., Коцюбинский А. П.

Г96 Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств: интеграция образовательного, когнитивно-поведенческого и психодинамического подходов : руководство для врачей. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 287 с. ISBN 978-5-299-00519-2

Предлагаемая в руководстве модель психотерапии, разработанная в СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, является психотерапевтической составляющей проводимой в стационарных и амбулаторных условиях комплексной терапии больных с эндогенными психическими расстройствами. Модель основана на интеграции наиболее эффективных психотерапевтических методов в единую рационально согласованную общую систему; объединяет техники и приемы, направленные на коррекцию универсальных психологических нарушений при эндогенных психозах; содержит три блока (психообразовательный, когнитивно-поведенческий, психодинамический); рассчитана на пациентов с достаточным адаптационным потенциалом личности; осуществляется бригадой специалистов.

Монография рекомендуется в качестве руководства для врачей-психиатров, психотерапевтов и клинических психологов, работающих в сфере оказания психиатрической и психотерапевтической помощи или социальной реабилитации больных с психическими расстройствами.

УДК 616.8

ISBN 978-5-299-00519-2

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	5
Предисловие	6
Введение	7
Глава 1. Современные концепции эндогенных психозов.	11
1.1. Концепция эндогенных психозов с позиции классической психиатрии	11
1.1.1. Биологический подход	11
1.1.2. Психологический подход	16
1.1.3. Многофакторный подход: модель «уязвимость — диатез — стресс»	18
1.2. Концепция эндогенных психозов с позиций динамической психиатрии	21
Глава 2. Теория и практика психотерапии при эндогенных психозах	50
2.1. Актуальные проблемы психотерапии больных эндогенными психозами.	50
2.1.1. Основные этапы становления и развития психотерапии эндогенных психозов.	50
2.1.2. Вопросы эффективности психотерапии при эндогенных психозах	61
2.1.3. Феномен осознания факта болезни и реакции на нее у больных эндогенными психозами	65
2.2. Основные психотерапевтические подходы в лечении больных эндогенными психозами.	69
2.2.1. Психообразование в психиатрии	69
2.2.2. Когнитивно-поведенческий подход при эндогенных психозах	76
2.2.3. Психодинамический подход при эндогенных психозах	86
2.3. Интегративный подход в психотерапии больных с эндогенными психическими расстройствами.	99
Глава 3. Интегративная модель психотерапии больных с эндогенными психическими расстройствами	106
3.1. Общая структура, задачи и принципы интегративной модели психотерапии больных с эндогенными психическими расстройствами	106
3.2. Показания и противопоказания к проведению интегративной психотерапии больных с эндогенными психическими расстройствами	116
Глава 4. Структурно-организационные аспекты интегративной модели психотерапии эндогенных психических расстройств	118
4.1. Необходимые условия.	118
4.2. Формирование групп	118
4.3. Формирование мотиваций пациентов к участию в психотерапии	119

4.4. Организация работы психотерапевтической бригады	123
4.5. Индивидуальная карта участника программы	125
4.6. Игровые техники и приемы	128
Глава 5. Реализация интегративной модели психотерапии больных с эндогенными психическими расстройствами.	131
5.1. Организация психообразовательной составляющей	131
5.1.1. Предоставление значимой для пациента информации о бо- лезни	131
5.1.2. Обучение способам адаптации к болезни	133
5.1.3. Обучение новому стилю жизни в условиях заболевания	135
5.2. Организация когнитивно-поведенческой составляющей	137
5.2.1. Коммуникативное активирование	138
5.2.2. Тренинг социальной компетентности	141
5.3. Организация психодинамической составляющей	148
5.3.1. Анализ специфических особенностей психодинамической психотерапии у больных эндогенными психозами	148
5.3.2. Начальный этап работы с индивидуальными психодина- мическими проблемами пациентов, психодинамическая оценка	160
5.3.3. Особенности подхода к идентификации интрапсихической конфликтной проблематики больных с эндогенными психическими расстройствами	168
5.4. Варианты реализации интегративной модели	174
Глава 6. Динамика клинико-психологических показателей боль- ных, прошедших курс психотерапии на основе интегративной модели психотерапии эндогенных психических расстройств	176
Заключение	191
Приложения	193
<i>Приложение 1.</i> Карта участника психотерапевтической программы	193
<i>Приложение 2.</i> Перечень тем по отдельным занятиям психообразова- тельной программы	200
<i>Приложение 3.</i> Ролевые игры, используемые в процессе коммуника- тивного активирования	202
<i>Приложение 4.</i> Ролевые игры, используемые для тренинга социаль- ной компетенции	212
<i>Приложение 5.</i> Игры, стимулирующие проявление активности, и про- ективные игры, используемые в реализации психодинамическо- го аспекта интегративной психотерапии	221
<i>Приложение 6.</i> Рекомендуемый план использования ежедневных за- нятий интегративной психотерапии больными в стационарном отделении	235
<i>Приложение 7.</i> Опыт применения интегративной модели психотера- пии в психиатрическом отделении. Клинические иллюстрации	241
Литература	271

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ИПТ – см. IPT

МКБ-10 / ICD-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

РТСН – реабилитационный тренинг социальных навыков

ТКСН – программа тренинга когнитивных функций и социальных навыков

FKBS(Fragebogen zu Konfliktbewältigungs-strategien) – тест исследования механизмов психологической защиты

IP-D (Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme) – Deutsche Version – тест исследования межличностных проблем – немецкая версия

IPT (Integrated Psychological Therapy) – метод интегративной психологической терапии больных шизофренией

СВАК (Testhandbuch Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten) – тест самооценивания способов психологической защиты

SVF (Stressverarbeitung / fragebogen) – тест исследования копинг-стратегий

ПРЕДИСЛОВИЕ

Психотерапия занимает особое место в лечении не только невротических заболеваний, но и эндогенных психических расстройств, однако этот факт до настоящего времени вызывает дискуссии и неоднозначное отношение как исследователей, так и практикующих психиатров и психотерапевтов. Эта ситуация послужила толчком к написанию книги.

Несмотря на то что начало этой дискуссии положено более 100 лет назад, только в начале XXI века, на фоне появления инновационных технологий лечения, стало очевидным, что человек для выздоровления должен не только освободиться от симптомов, но и решить многие проблемы внутриличностного и межличностного порядка. Необходимо избавиться от тревоги и страха отвержения, восстановить самооценку, обрести уверенность в любви и надежности близких, принятии и доверии друзей; наметить новые горизонты в жизни, а во многих случаях с чем-то примириться и научиться жить в новой жизненной ситуации.

В книге изложены современные представления о роли психотерапии в лечении эндогенных психических нарушений. Обобщен собственный клинико-психотерапевтический и исследовательский опыт многолетней работы авторов в данной области с представлением новой интегративной модели психотерапии. Мы надеемся, что книга найдет своего читателя в среде как практикующих специалистов, так и всех заинтересованных лиц, позволит расширить их представления о возможностях психотерапии при лечении серьезной психической патологии.

Авторы выражают глубокую благодарность сотрудникам и коллегам СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева во главе с директором профессором Н. Г. Незнановым за поддержку и сохранение традиций биопсихосоциального подхода в понимании и лечении психической патологии, заложенного в далекие 60-е годы прошлого века профессором М. М. Кабановым. Благодарим Б. В. Иовлева, главного научного сотрудника лаборатории клинической психологии СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева за его советы и участие, побудившие нас довести до конца предлагаемый вашему вниманию скромный труд; благодарим также профессоров СПб ГУ В. А. Абабкова и О. Ю. Щелкову за труд по прочтению монографии, ценные замечания и дружескую поддержку.

Мы также признательны нашим пациентам, без искренности и доверия которых многие вопросы, раскрытые и описанные в монографии, никогда бы не могли быть обсуждены.

*О. В. Гусева
А. П. Коцюбинский*

ВВЕДЕНИЕ

Теоретической основой для разработки новых терапевтических стратегий при эндогенных психозах является биопсихосоциальная модель психических заболеваний. В рамках этого подхода постулируется необходимость включения в лечебную стратегию как психофармакотерапии, так и психотерапевтических методов и методов психосоциальной реабилитации. Данный подход предполагает, что изменения одной из его составляющих обязательно приводят к изменениям других составляющих интегративной терапевтической стратегии (Кабанов М. М., 1985; 1998; Вид В. Д., 1993; 2008; Коцюбинский А. П., 2001; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2002; Коцюбинский А. П. [и др.], 2004; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2004; Незнанов Н. Г., 2009; 2010). Существенным при этом является то обстоятельство, что психопатологические проявления заболевания рассматриваются как результат сложного взаимодействия различных нейробиологических и социально-психологических факторов.

В связи с этим психотерапевтические интервенции при эндогенных психозах (и в первую очередь шизофрении) представляют собой особые трудности, так как сложным оказывается как объект их воздействия (пациент), который характеризуется наличием широкого спектра подчас длительных и устойчивых специфических психопатологических расстройств и существенными социально-психологическими последствиями заболевания, так и обусловленная этими обстоятельствами высокая эмоциональная нагрузка, падающая на всех лиц, участвующих в помощи данному контингенту больных. При этом на разных этапах эндогенного заболевания, сопровождающего, как правило, человека в течение всей его жизни (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1998; Хелл Д., Фишер-Фельтен М., 1998), на авансцене оказываются существенно различающиеся задачи психотерапии.

К базовым нарушениям при эндогенных психозах, выступающим в виде четко обозначенных мишеней для психотерапевтических методов лечения, относятся повышенная чувствительность индивидуумов к стрессам, дефицит имеющейся у них социальной компетенции, неразвитость коммуникативных навыков, искаженность внутренней картины болезни, слабость самоконтроля и регуляции аффектов, нарушения самооценки, наличие когнитивных нарушений, а также интрапсихической проблематики, которая поддерживается системой ригидных дезадаптивных механизмов психологической защиты (Вид В. Д., 1993; 2001; Кернберг О., 1998; 2000;

Исаева Е. Р. [и др.], 1998; Спотниц Х., 1999; Мучник М. М., Семке В. Я., Семке А. В., 2001; Менцос С., 2001; Бабин С. М., 2006; Гусева О. В., 2010; 2011).

Определенным недостатком использования существующих психотерапевтических подходов в рамках клинической психиатрии представляется приверженность врача какому-либо одному классическому методу с четким соблюдением авторского контекста независимо от нозологических характеристик больных либо механистическое объединение различных психотерапевтических методов, которые, кроме того, часто применяются без достаточного обоснования выбора той или иной модели, без подкрепления исследованием их эффективности и ресурсных возможностей при данной психической патологии, что в целом способствует критической настроенности специалистов в отношении использования психотерапии в комплексном лечении эндогенных психозов.

В настоящее время в понимании и лечении психических заболеваний отмечается определенное смещение интереса исследователей в сторону нейробиологического подхода, что обусловлено появлением новых нейровизуализационных технологий исследования головного мозга, а также значительными успехами психофармакотерапии. Не случайно стоимость лекарственной терапии составляет более 90 % от общих затрат на лечение больных с эндогенными психическими расстройствами, однако это далеко не всегда соотносится с достижением долговременных задач терапии — улучшения адаптации психически больных в обществе и качества их жизни.

В то же время, несмотря на высокую эффективность современных атипичных антипсихотиков, способствующих существенному сокращению сроков госпитализации, параллельно выявляется тенденция к учащению рецидивов и регоспитализаций. Согласно исследованию И. Я. Гуровича (2005), 29 % больных шизофренией, при средней длительности лечения в стационаре 75,7 койко-дня, повторно госпитализируются в том же году.

Известно, что фармакотерапия воздействует на базисные биохимические и патофизиологические процессы, обеспечивая седативный, анксиолитический, тимостабилизирующий, антипсихотический эффекты (Вовин Р. Я., 1984), но не влияет на личностные структуры, определяющие установки и цели, стремления, чувства, желания, систему ценностей и моральных стандартов пациентов, хотя именно через них в значительной степени опосредуется социальное функционирование, которое весьма часто находится в относительной автономии от психопатологических проявлений. Однако в настоящее время исследование мира субъективных переживаний

пациента и их влияния на параметры болезни (комплаенс, навыки контроля над симптомами, мотивация к выздоровлению), равно как и модус взаимоотношений индивидуума со значимыми другими, составляет весьма небольшую часть в деятельности психиатра.

Сложившаяся ситуация может быть разрешена более активной разработкой психотерапевтических программ (учитывающих наличие личностной проблематики, особенности актуальной жизненной ситуации) и их внедрением в разрабатываемые стандарты лечения больных с конкретными психическими расстройствами. Для достижения этой цели необходима интеграция биологически и психологически ориентированных подходов, включая в последние синтез наиболее эффективных методов из различных теоретических направлений психотерапии. Речь идет о сбалансированном сочетании биологического и психологического подходов (Кабанов М. М., 1985; 2001; Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997; Воловик В. М., Вид В. Д., 1989; Коцюбинский А. П., 2001; Лутова Н. Б., 2001; Мучник М. М. [и др.], 2001; Гусева О. В., 2007) в лечении психической патологии.

Тенденция к смысловому соединению различных методов (модальностей) психотерапии отмечается в различных областях медицинской практики: в лечении психосоматических заболеваний (Незнанов Н. Г., Карвасарский Б. Д., 2008), сердечно-сосудистой патологии и в других направлениях.

Первые интегративные программы в психиатрической практике были созданы за рубежом, затем модифицированы и расширены в отечественной психиатрии. Большинство созданных отечественных интегративных программ разработано с опорой на нейробиологическую модель развития шизофрении и адресовано отдельным аспектам функционирования больных эндогенными психозами, с преимущественным акцентом на тренинге нейрокогнитивного дефицита и социальных навыков (Федоров А. П., 1991; Исаева Е. Р., Лебедева Г. Г., 2008).

Не умаляя важности проводимой в этом направлении работы, следует отметить, что разработанные тренинговые программы когнитивных и социальных навыков, осуществляемые в отрыве от жизненной ситуации больного с его интрапсихической проблематикой, могут лишь частично решить поставленные задачи. М. М. Мучник, В. Я. Семке, А. В. Семке (2001) отмечают, что прекращение теоретических исследований и практических разработок в нашей стране в области психоаналитически ориентированного подхода в лечебном процессе привело к неоправданному обеднению арсенала лечебных методик.

Модель «уязвимость — диатез — стресс — заболевание», включающая представление о социальной компетенции (Коцюбинский А. П.,

2001; Джонс П. Б., Бакли П. Ф., 2008; Zubin J., Spring B., 1977; Liberman R., 1982; Ciompi L., 1991) и объединяющая биологические и психологические аспекты развития шизофрении и современное понимание сложной, многоуровневой системы негативных проявлений при ней, позволяющая разработать новые интегративные психотерапевтические подходы, адекватные специфике и сложности рассматриваемой проблемы.

Практическая необходимость оптимизации психотерапевтических моделей при работе с эндогенными психическими расстройствами определяется современными деинституционализированными тенденциями, направленными на сокращение госпитального периода терапии больных, с одной стороны, а с другой — требованиями повышения интенсивности лечения в период пребывания в стационаре.

Гипотетически разрабатываемая стратегия должна быть адресована универсальным базовым нарушениям при эндогенных психозах, содержать специфический набор технических приемов, логически взаимосвязанных, применяемых поэтапно, в определенной последовательности. Одновременно это должна быть система приемов, способных за короткий срок значительно трансформировать поведение отдельного больного, благодаря освоению необходимой информации о болезни и способах совладания, конструктивных навыков коммуникации, повышению социальной компетенции, а также благодаря активизации сохраненных личностных ресурсов больного и новому пониманию содержания и скрытого смысла своих индивидуальных затруднений.

Для решения такой сложной, комплексной задачи необходимо объединение усилий различных специалистов — психиатров, психологов, психотерапевтов (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2002) — в единой лечебной программе.

Теоретические положения, изложенные выше, легли в основу разработанной нами «интегративной модели психотерапии эндогенных психических расстройств», построенной на смысловом соединении психообразовательных, когнитивно-поведенческих и психодинамических методов, которые осуществляются в рамках лечебной помощи полипрофессиональной бригадой.

В предлагаемой читателю книге обобщен опыт применения интенсивной краткосрочной интегративной модели психотерапии в психиатрическом стационаре СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева в течение 4,5 лет с участием в программе более 160 больных; представлены подробные описания ролевых игр и приемов, отдельные зарисовки из работы психотерапевтической группы, а также иллюстрации в виде клинко-психотерапевтического описания ведения пациентов в рамках разработанной модели.

Современные концепции эндогенных психозов

Концепция шизофрении (основного заболевания из группы эндогенных психозов) насчитывает более ста лет. Этот период характеризовался созданием множества гипотез, наличием противоречивых точек зрения по поводу природы данного заболевания; при этом каждая новая теория претендовала на исчерпывающее понимание и объяснение.

Однако еще в начале прошлого века высказывалась альтернативная точка зрения (Ясперс К., 1997) о необходимости сопоставления данных разных подходов: биологических методов — с социологическими, исследований глубинных субъективных проявлений психической жизни — с анатомией мозга или исследований нозологии — с феноменологией. По мнению К. Ясперса, это позволило бы избежать ловушки, когда частичное знание начинает трактоваться как абсолютное, так как любое знание, полученное в рамках одного подхода, — частично и касается лишь отдельных сторон действительности.

Тем не менее на всем протяжении истории изучения шизофрении конкурирующими оставались два подхода: биологический и психологический. Причем в отечественной психиатрии основным, определяющим был именно биологический подход. Современная модель «уязвимость — диатез — стресс — заболевание» в какой-то степени объединила эти два подхода. Мы не будем подробно останавливаться на анализе исследований в этом русле, поскольку это выходит за рамки нашей темы; лишь отметим основные, принципиально важные этапы и выводы.

1.1. Концепция эндогенных психозов с позиции классической психиатрии

1.1.1. Биологический подход

Первый этап в рамках клинко-биологического подхода характеризовался накоплением и систематизацией клинических данных, а также тенденцией к объединению описанных в разных нацио-

нальных школах отдельных форм психических расстройств в единое заболевание, в качестве основы которого рассматривался принцип единства причины, клинической картины, течения, исхода (Краепелин Е., 1913). В дальнейшем границы этого заболевания неоднократно либо расширялись (Э. Крепелин после описанных четырех форм выделил в дальнейшем восемь, а потом двенадцать форм; Э. Блейлером была выделена латентная шизофрения; классификация К. Клейста (Kleist К., 1921) насчитывала несколько десятков форм и т. д.), либо сужались до первоначальной классификации, однако при этом сохранялось понимание шизофрении как единого заболевания.

В настоящее время, наравне с сохраняющейся первоначальной трактовкой шизофрении, появляется все больше сторонников понимания этого заболевания как гетерогенного расстройства, различающегося с точки зрения этиологии, патогенеза и патофизиологии, психопатологических симптомов, вариантов течения, исхода и прогностических оценок в целом (Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1998; Козловский В. Л., Попов М. Ю., 2004; Arango C. [et al.], 2000). Очевидно, речь идет о достаточно многочисленных, более гомогенных группах эндогенных психозов внутри данной диагностической группы, которые имеют лишь внешне сходные характеристики на уровне клинико-психопатологической симптоматики, поведения и отчасти исхода.

Тем не менее в последнем международном диагностическом руководстве МКБ-10 / ICD-10 сохраняется традиционный, исторически сложившийся подход с фиксацией четырех основных форм, первоначально выделенных Э. Крепелиным (Краепелин Е., 1913): параноидной, кататонической, гебефренической и простой формы шизофрении.

На следующем этапе развития концепции шизофрении основное внимание было уделено изучению этиопатогенетических факторов заболевания. Существенно, что широкомасштабные исследования проводились по многим направлениям.

В России в 60-х годах прошлого столетия коллективом Института психиатрии АМН было осуществлено длительное мультидисциплинарное (клиническое, эпидемиологическое, генетическое, психологическое, нейрофизиологическое, патофизиологическое) исследование шизофрении с позиций структурно-динамического подхода с выделением трех основных форм течения: непрерывно текущей, рекуррентной и приступообразно-прогредиентной. Было установлено, что ряд отклонений, существующих у больных шизофренией, встречается и у некоторых родственников этих больных

(например, изменения некоторых иммунных реакций, показателей крови и др.). Выявленные А. В. Снежневским (1972) отклонения рассматривались как стигмат, диатез (*pathos*) в виде патологического состояния, отклонения в развитии, предрасположенности к болезни в отличие от самого болезненного процесса (*nosos*).

При этом ведущим направлением в изучении шизофрении длительное время оставался именно биологический подход с акцентом исследований на поиске генетических и нейрохимических маркеров заболевания. В рамках этого подхода можно выделить три направления, которые последовательно сменяли друг друга в развитии концепции шизофрении: первый — ориентированный на генетические исследования («генетическая гипотеза шизофрении»); второй — на нейрохимические исследования («дофаминовая гипотеза»); третий — на нейробиологические исследования («гипотеза когнитивных нарушений»).

Многочисленные исследования прошлого столетия в русле поиска генетических маркеров шизофрении были сфокусированы на трех аспектах:

1) изучение заболеваемости у монозиготных и гетерозиготных близнецовых пар с шизофренией;

2) изучение приемных детей с шизофренией, разлученных в детстве с родителями и воспитанных в приемных семьях (сравнительные характеристики взрослых больных шизофренией, усыновленных в детстве, с их биологическими и приемными родителями);

3) изучение заболеваемости среди близких родственников больных шизофренией.

Мы не будем останавливаться в рамках данной работы на приведении соответствующих цифр, так как они широко известны и представлены в литературе. Ограничимся лишь констатацией факта, что все проведенные исследования подтвердили существенное значение генетического компонента в развитии шизофрении. Тем не менее на протяжении всей истории существования концепции шизофрении не удалось установить однозначного влияния генетического фактора.

С течением времени появлялось все больше данных о роли внешней среды, способной модулировать действие генетических факторов.

Тем не менее среди наиболее важных факторов большинство исследователей называют следующие: внутриутробные и перинатальные осложнения, заболевание гриппом во 2-м триместре беременности. Значение средовых факторов подтверждено выявлением различий в морфологии мозга у однойцевых близнецов, дискордантных по шизофрении (Рюс В., 2005).

Согласно результатам, полученным в рамках нейрохимических исследований при шизофрении, выявлены множественные аномалии в процессе развития заболевания. В патогенезе заболевания участвуют, кроме дофамина, многие другие нейротрансмиттеры: серотонин, норадреналин, возбуждающие аминокислоты (ВАК) аспартат и глутамат, ацетилхолин, гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) и различные нейропептиды (Козловский В. Л., Попов М. Ю., 2004; Джонс П. Б., Бакли П. Ф., 2008).

Полученные результаты позволили модернизировать сформулированную ранее дофаминовую гипотезу шизофрении, провести параллели между нейрохимическими параметрами и позитивными / негативными симптомами шизофрении. Дофаминовая гипотеза в современном варианте постулирует, что развитие позитивных симптомов обусловлено избытком дофамина и гиперстимуляцией D2-рецепторов субкортикального отдела мозга, а развитие негативных симптомов и когнитивных нарушений связано с дефицитом дофамина и гипостимуляцией D1-рецепторов в префронтальной коре головного мозга (Джонс П. Б., Бакли П. Ф., 2008).

Предполагается также патогенетическая роль возбуждающих аминокислотных медиаторов; уровни аспартата и глутамата в мозге при шизофрении снижены, тогда как уровень их антагониста повышен. Глутаматные NMDA-рецепторы сконцентрированы в лобной коре, гиппокампе, лимбической системе и стриатуме — областях мозга, которые могут участвовать в патогенезе шизофрении (Рюс В., 2005).

Однако эти корреляции являются лишь новым выявленным звеном патогенеза без подтверждения этиопатогенетических причинно-следственных связей. Кроме того, эти важные результаты могут способствовать большей ясности в понимании патогенеза шизофрении только в том случае, если будут включены в более широкий, системный контекст с учетом комплексного и взаимообусловленного характера происходящих процессов.

Новый этап в развитии концепции шизофрении был обусловлен появлением новых нейровизуализационных технологий исследования головного мозга. В процессе этих исследований были выявлены тонкие структурные нарушения в определенных участках головного мозга при шизофрении (уменьшение объема префронтальной области правого полушария, миндалевидного тела, гиппокампа, таламуса). Последующие нейровизуализационные исследования выявили аналогичные нарушения: при рекуррентной депрессии — уменьшение объема лобных долей мозжечка, гиппокампа, хвостатого ядра и чечевицеобразного ядра (Steffens D. С.,

Krishnan K. K., 1998; по Maj M. [et al.], 2010), уменьшение объема префронтальной коры и уровня метаболизма в этой зоне (Drevet W. C. [et al.], 1997; по Maj M. [et. al.], 2010), при биполярном аффективном расстройстве — увеличение третьего желудочка, увеличение базальных ганглиев и миндалина.

Появление новых данных привело к концентрации внимания на проведении исследований преимущественно в области нейробиологии. Так, при магнитно-резонансной томографии головного мозга у родственников первой степени родства были выявлены нарушения, аналогичные имеющимся у больных, однако меньшей степени выраженности (Орлова В. А., Трубников В. И. [и др.], 1995; Милосердов Е. А., Губский Л. В. [и др.], 2005). Данный факт вновь подтвердил, что генетическая уязвимость не обязательно ведет к развитию заболевания. Итогом этих многочисленных исследований был вывод о неправомерности рассмотрения выявленных нарушений как нозоспецифичных; их стали рассматривать как проявления предрасположенности к заболеванию.

Одной из последних (по времени возникновения) является нейрокогнитивная гипотеза возникновения шизофрении, постулирующая, что основой патологического процесса являются нейрокогнитивные нарушения. Поражение кортико-стриато-таламических контуров приводит к нарушению сенсорной фильтрации и концентрации внимания. На клиническом уровне это проявляется в нарушениях обработки информации, изменения реактивности вегетативной нервной системы и формирования на этой основе искаженных форм поведения или «привычек» (Рюс В., 2005).

Согласно исследованиям в этой области, нейрокогнитивный дефицит имеет положительные корреляции с уровнем социальной компетентности и адаптации и в большей степени определяет уровень социального функционирования, чем уровень позитивных и негативных симптомов. Дальнейшая разработка этой проблемы привела некоторых исследователей к созданию гипотезы «трехструктурной модели» шизофрении (Liddle P., 1987). Однако в последующих работах выявленный у больных шизофренией нейрокогнитивный дефицит также был обнаружен у значительной части родственников пробанда, но в более легкой степени. Проявления нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией пытались сопоставлять со структурными нарушениями в определенных участках головного мозга, однако без подтверждения каких-либо взаимосвязей.

Подводя итог, можно заключить, что проводимые в рамках биологического подхода исследования можно рассматривать в виде двух линий.

Гусева Ольга Васильевна,
Коцюбинский Александр Петрович

**ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ
ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Интеграция образовательного, когнитивно-поведенческого
и психодинамического подходов**

Руководство для врачей

Редактор *Кригель Е. М.*
Корректор *Диг Т. А.*
Верстка *Актанова И. Л.*

Подписано в печать 21.10.2013. Формат 60 × 88 ¹/₁₆.
Печ. л. 18. Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15
Тел.: (812) 495-38-94, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT».
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом 3Н

ISBN 978-5-299-00519-2



9 785299 005192