

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.15.1.007>



Плужников И.В. ✉, Попович У.О.
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Когнитивно-бихевиоральная терапия психозов юношеского возраста с бредом религиозного содержания

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Плужников И.В. – существенный вклад в замысел и дизайн исследования, сбор данных, обработка, редактирование окончательного варианта статьи, окончательное утверждение версии для публикации; Попович У.О. – поиск и анализ литературных данных, сбор данных.

Подана: 10.10.2023

Принята: 16.01.2024

Контакты: pluzhnikov.iv@gmail.com

Резюме

Цель. Представить подход и изложить результаты первичной апробации программы индивидуальной когнитивно-ориентированной психологической коррекции пациентов с религиозным бредом в структуре юношеских эндогенных приступообразных психозов.

Материалы и методы. На основе существующих протоколов когнитивной терапии психотических расстройств разработана программа индивидуальной когнитивно-ориентированной психологической коррекции (ИКОПК) пациентов с религиозным бредом в структуре юношеских эндогенных приступообразных психозов, включающая традиционные методики работы с когнитивными искажениями и бредовыми убеждениями.

Результаты. Проведена апробация программы на 57 пациентах, перенесших психотический приступ. На основании клинической картины были выделены четыре типологические разновидности: I тип – приступы с бредом греховности, II тип – приступы с бредовыми идеями бесоодержимости, III тип – с антагонистическим и мессианским бредом, IV тип – с онейроидной симптоматикой религиозного содержания. Показано, что ИКОПК смягчает депрессивные приступы у пациентов с типом бреда греховности. Эффективность терапии при II типе бреда ограничена из-за низкой мотивации пациентов и негативных изменений. ИКОПК также работает на III тип бреда, помогая справиться со страхом рецидива, повысив качество жизни. Для пациентов с IV типом бреда на стабилизирующем этапе основной акцент – преодоление страха, связанного с неприятными воспоминаниями, и борьба с самостигматизацией.

Заключение. Учитывая имеющиеся недостатки (нет сопоставления с другими психометодами, ограниченное число пациентов, отсутствие данных о долгосрочных эффектах), данные об эффективности предлагаемого метода можно считать предварительными. Тем не менее, можно отметить определенную полезность психообразовательного подхода и возможность положительного влияния на сопутствующие психозу установки и особенности поведения пациентов (самостигматизация, уход от контактов и т. п.) при использовании исследованных методов психотерапии.

Ключевые слова: юношеская психиатрия, психологическая коррекция, когнитивная терапия, бред религиозного содержания, комплексная терапия и реабилитация психически больных

Pluzhnikov I. ✉, Popovich U.
Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Cognitive-Behavioral Therapy for Psychosis of Young Adulthood with Religious Delusions

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Pluzhnikov I. – significant contribution to the concept and design of the study, data collection, processing, editing the final version of the article, final approval of the version for publication; Popovich U. – search and analysis of literature data, data collection.

Submitted: 10.10.2023

Accepted: 16.01.2024

Contacts: pluzhnikov.iv@gmail.com

Abstract

Purpose. To present an approach and outline the results of the initial testing of an individual cognitive-oriented psychological correction program for patients with religious delusions in the structure of juvenile endogenous seizure-like psychoses.

Materials and methods. Based on existing protocols for cognitive therapy of psychotic disorders, a program of individual cognitive-oriented psychological correction was developed for patients with religious delusions in the structure of juvenile endogenous seizure-like psychoses, including traditional techniques for working with cognitive distortions and delusional beliefs.

Results. The program was tested on 57 patients who had experienced a psychotic seizure. Based on the clinical picture, four typological varieties were identified: Type I – seizures with delusions of sinfulness, Type II – seizures with delusional ideas of possession, Type III – with antagonistic and messianic delusions, Type IV – with oneiric symptomatology of religious content. It was shown that the program alleviates depressive seizures in patients with delusions of sinfulness. The effectiveness of therapy for Type II delusions is limited due to low patient motivation and negative changes. The program also works for Type III delusions, helping to cope with the fear of recurrence and improving quality of life. For patients with Type IV delusions at the stabilizing stage, the main focus is on overcoming fear associated with unpleasant memories and combating self-stigmatization.

Conclusion. Considering the existing shortcomings (no comparison with other psychomethods, limited number of patients, lack of data on long-term effects), the results on the effectiveness of the proposed method can be considered preliminary. However, one can note a certain usefulness of the psychoeducational approach and the possibility of a positive impact on the attitudes and behavioral characteristics of patients accompanying psychosis (self-stigmatization, avoidance of contacts, etc.) when using the studied methods of psychotherapy.

Keywords: adolescent psychiatry, psychological correction, cognitive therapy, delusions with religious content, comprehensive therapy and rehabilitation of mentally ill individuals

■ ВВЕДЕНИЕ

Оказание помощи пациентам с эндогенными приступообразными психозами юношеского возраста, содержащими в своей структуре бредовые расстройства, представляет собой нетривиальную клиническую задачу, требующую комплексного терапевтического вмешательства. Помимо подбора адекватной схемы психофармакологического лечения, в последнее время все больше внимания уделяется изучению возможностей его сочетания с психокоррекционными мероприятиями и оценке эффективности последних при работе с пациентами, перенесшими психотический эпизод.

Так, результаты современных метааналитических исследований эффективности психотерапевтических вмешательств разных видов и подходов для пациентов с психотическими расстройствами в общем виде указывают на их результативность при сочетании с традиционной фармакологической терапией [1–4].

При этом эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) по сравнению с другими видами психотерапевтического вмешательства на настоящий момент находит наибольшее количество эмпирических подтверждений [5, 6]. Это привело, в частности, к тому, что когнитивная терапия была признана и рекомендована для лечения пациентов с психозами профессиональными сообществами многих стран, например, в США [7], Великобритании [8], Австралии и Новой Зеландии [9].

Исследования показывают, что результативность КБТ неравнозначна для коррекции разных типов психопатологических расстройств у психотических пациентов. Если эффект когнитивной терапии для лечения негативных расстройств остается во многом дискуссионным [10], то ее воздействие на позитивную симптоматику, в частности бредовые расстройства, на настоящий момент получило подтверждение во множестве исследований [11, 12].

Высокая частота бредовых расстройств при психозах юношеского возраста, а также необходимость комплексного вмешательства при их лечении требуют применения современных подходов к психотерапии данной когорты пациентов. Согласно имеющимся литературным данным, эффективность применения когнитивно-бихевиоральной терапии для бредовых расстройств показана наиболее убедительно, что делает целесообразной попытку ее применения при работе с пациентами с эндогенными приступообразными психозами юношеского возраста.

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Представить подход и изложить результаты первичной апробации программы индивидуальной когнитивно-ориентированной психологической коррекции пациентов с религиозным бредом в структуре юношеских эндогенных приступообразных психозов.

Клинико-психопатологические характеристики бредовых расстройств

Прежде чем перейти к изложению процедуры и результатов когнитивной терапии бреда у пациентов с психозами, требуется кратко изложить его концептуализацию, принятую в КБТ и являющуюся основой для организации психологической терапии.

Несмотря на трудности в дефиниции бреда, психопатологические исследования этих состояний позволили выделить ряд признаков, с одной стороны, отражающих их существенные характеристики, с другой – отчасти ассимилированных

разработчиками когнитивного направления при разработке подхода к терапии бредовых расстройств. Так, в психопатологии среди характеристик бреда выделяют следующие: то, что в его основе лежит ложное суждение, полностью захватывающее сознание больного и не поддающееся коррекции, несмотря на явное противоречие с действительностью, в основе которого, кроме того, лежит «кривая логика», при этом возникновение бреда сопровождается таким изменением мышления, когда существенное и несущественное перестает дифференцироваться [13]; цепь доказательств строится на основании субъективной логики [14], а кристаллизации бреда в ряде случаев предшествует процесс слияния накопленных «фактов», с игнорированием фактов, не соответствующих концепции бреда [15].

Когнитивная модель бредовых расстройств

Ключевой идеей когнитивной терапии является то, что психопатологические нарушения являются следствием присущего человеку дезадаптивного способа восприятия и переработки информации о том, что происходит с ним и его окружением. Основным содержанием психотерапевтических вмешательств в этом случае становится обнаружение и коррекция ригидно закрепленной связи между систематическими мыслительными ошибками и психопатологией [16].

Поскольку основной акцент при проведении когнитивной терапии делается на коррекции искажающих реальность представлений, а также лежащих за ними дисфункциональных убеждений, для понимания основания дальнейших психотерапевтических вмешательств оказывается существенным выделить специфику нарушения процесса переработки информации, когниций у пациентов с бредовыми расстройствами, стоящую в основе их когнитивной концептуализации.

В исследованиях, проведенных под руководством А. Бека, выделяются два блока, отражающие основные особенности нарушения когнитивной переработки информации у пациентов с бредовыми расстройствами. К первому блоку относится ряд искажений мышления. Среди них выделяются следующие: а) эгоцентрическая ориентация когнитивных установок; б) склонность к объяснению событий на основании экстернальной причинности; в) систематические ошибки в приписывании интенций. Эгоцентрическая ориентация приводит к тому, что пациенты ошибочно приписывают на свой счет события, которые объективно не имеют к ним отношения. В зависимости от содержания этой эгоцентрической ориентации пациенты нереалистично воспринимают себя как центр внимания других (будь то другие человек или сверхъестественное), как объекты их враждебности, благожелательности и проч. Кроме того, они придают личное значение не относящимся к ним и нерелевантным событиям, интерпретируя случайные события и совпадения в качестве доказательства преднамеренного воздействия внешних существ. Когнитивное искажение по типу экстернальной причинности состоит в том, что пациенты склонны интерпретировать свой субъективный опыт, как если бы его причиной было воздействие других одушевленных или неосуществленных существ. Наконец, третьим искажением, оказывающимся в центре внимания когнитивной концептуализации бредовых расстройств, оказываются ошибки атрибуции интенций – для пациентов не только становятся значимыми иррелевантные, не относящиеся к ним события, но они интерпретируются как продукт чьих-то добрых или злых намерений.

Второй значимой составляющей бредовых расстройств, с точки зрения когнитивной модели, является так называемое нарушение тестирования реальности. Согласно А. Беку с соавторами, это нарушение стоит за такой особенностью бредовых расстройств, приведенной в отмеченных выше психопатологических исследованиях, как их недоступность коррекции, несмотря на попытки разубеждения и явное противоречие с действительностью. Тестирование реальности – способность дифференцировать собственные мысли, чувства о ситуации от ее объективного содержания, что требует наличия определенного когнитивного резерва [17, 18], нарастающий дефицит которого у пациентов с шизофренией, содержащей в своей структуре бредовые расстройства, приводит к тому, что для них их мысли и чувства об объективной реальности оказываются тождественными этой реальности без возможности дистанцироваться и критически посмотреть на ситуацию.

Все эти особенности учитывались при составлении плана психологической интервенции в рамках организации индивидуальной когнитивно-ориентированной психологической коррекции (ИКОПК) пациентов с религиозным бредом.

Описание выборки

Клиническую группу составили 57 пациентов, перенесших в юношеском возрасте (16–25 лет) психотический приступ с бредовыми идеями религиозного содержания в структуре эндогенного приступообразного психоза (F20, F25 по МКБ-10). На основании клинической картины психотических приступов были выделены четыре типологические разновидности [19]: I тип (33,7%, 32 человека) – приступы с бредом греховности, II тип (40,0%, 38 человек) – приступы с бредовыми идеями бесоодержимости, III тип – с антагонистическим и мессианским бредом (18,9%, 18 человек), IV тип – с онейроидной симптоматикой религиозного содержания (7,4%, 7 человек).

I тип приступов характеризовался выраженным депрессивным аффектом, с отчетливыми тревожным и тоскливым компонентами, доминированием бредовых идей собственной греховности, самообвинения. Отмечался высокий риск аутодеструктивного и суицидального поведения в рамках «искупления грехов», «миссии по спасению человечества через свою смерть и страдания». По мере выхода из приступа отмечалась полная редукция бредовых идей, стабилизация аффекта.

По мере развития II типа приступов возникали вербальные псевдогаллюцинации комментирующего, оскорбляющего или императивного характера, сенесталгии и сенестопатии, что пациенты трактовали как доказательство присутствия «беса в их теле», его «воздействия». Бредовая фабула была высокосистематизированной. Пациенты утверждали, что «бесоодержимость» – посланное Богом испытание или «наказание» за совершенные в прошлом грехи. На высоте приступа возникали идеаторные и речедвигательные автоматизмы, что приводило к формированию завершённого синдрома Кандинского – Клерамбо. Психотическое состояние разрешалось по мере постепенной редукции псевдогаллюцинаторных расстройств, ослабления сенестопатий.

III тип приступов начинался подросто, чаще всего с бредовых идей значения, отношения, явлений дереализации. На высоте состояния пациенты «осознавали», что находятся в центре борьбы «темных и светлых сил», на них возложена особая миссия «нести свет людям», «проповедовать истину». Пациенты «видели» различные знаки, подтверждавшие их «особое предназначение». Состояние сопровождалось

преимущественно маниакальным аффектом, пациенты вели себя нелепо, убегали из дома, «проповедовали истину» в общественных местах. Нередко отмечалась смена полюса аффекта на депрессивный, когда окружающие «знаки» представлялись устрашающими, указывали на приближающуюся катастрофу. На выходе из психотического приступа наблюдалась полная редукция психопатологического симптомо-комплекса, у пациентов формировалась частичная критика к перенесенному состоянию.

Психотический приступ IV типа начинался с появления аффективно насыщенных бредовых отрывочных идей воздействия, отношения, бреда значения религиозного содержания. Клиническая картина расширялась за счет присоединения деперсонализационных и дереализационных расстройств, с бредом инсценировки, ложными узнаваниями, неустойчивым аффектом с переходом от гипомании к тревоге и страху, отдельными элементами синдрома Кандинского – Клерамбо. В дальнейшем формировался эсхатологический бред, отмечались элементы антагонистического и мессианского бреда религиозного содержания, развивалось иллюзорно-фантастическое онейроидное помрачение сознания. Пациенты становились активными участниками фантастических событий, «нисходили в ад», считали себя умершими. На выходе из приступа также отмечалась полная редукция психотической симптоматики.

Неспецифические особенности организации ИКОПК пациентов с религиозным бредом

Индивидуальная когнитивно-ориентированная психологическая коррекция пациентов с религиозным бредом в структуре ЮЭПП состояла из двух основных этапов.

Первый, диагностический, этап занимал от 1 до 4 встреч и был направлен на решение ряда представленных ниже задач, что в конечном счете позволило бы сформулировать «когнитивную концептуализацию» случая каждого отдельного пациента – то есть представлять такую его формулировку в терминах когнитивной модели, которая бы позволила подобрать наиболее эффективные и целесообразные методы коррекции для данного случая. Среди решаемых на данном этапе задач можно указать следующие.

Во-первых, с использованием метода беседы, проективных методик (для оценки личностного ресурса) и нейропсихологического тестирования (для оценки формально-когнитивного ресурса) определялась возможность психокоррекционной работы с данным конкретным пациентом. Во-вторых, решалась задача установления психотерапевтического контакта (рабочего альянса) с пациентом. Следует отметить, что на данном этапе для решения этой задачи особенно важно оказалось избегать прямой конфронтации с бредовыми убеждениями, а также демонстрировать безоценочное и доброжелательное отношение к религиозному мировоззрению пациентов, независимо от бредовой формы их убеждений или личного мировоззрения проводящего психологическую коррекцию специалиста. В-третьих, помимо внимания к собственно бредовым расстройствам решалась задача по выявлению других беспокоящих пациента особенностей болезненного состояния, например тревоги, снижения настроения и проч., что было особенно важно при невозможности сразу начинать работу над бредовыми убеждениями. В-четвертых, для перехода к коррекционным мероприятиям требовалось познакомить пациента с когнитивной моделью, указать на существующую связь между происходящими событиями, их интерпретацией и ее

эмоциональными и поведенческими последствиями [20]. В ряде случаев, чтобы избежать отторжения когнитивной модели и в целом процесса психологической коррекции, было целесообразным продемонстрировать действие когнитивной модели с отмеченными выше «второстепенными» расстройствами и лишь затем переходить к основным. В-пятых, решалась задача по прояснению обстоятельств, непосредственно связанных с бредовыми расстройствами. В некоторых случаях проще всего было начать с обсуждения бредовых убеждений, а затем двигаться назад во времени, чтобы получить представление о том, какие события и способы их интерпретации используются для поддержания бредовых убеждений. В других случаях, напротив, оказалось целесообразнее начать с обсуждения событий, предшествующих их возникновению, а затем сосредоточиться на периоде, когда проблемы впервые начались. Суть этой задачи – выделить контекст и основные убеждения, поддерживающие бред, чтобы, если будет возможно, сделать их материалом для дальнейшей когнитивной переоценки.

Таким образом, на предварительном этапе определялось, насколько возможна работа с данным пациентом (с точки зрения доступных ресурсов); устанавливался рабочий альянс; прояснялись время и контекст возникновения бредовых убеждений; связь между различными убеждениями; степень их влияния на жизнь и сопутствующие симптомы; события и факты, которые рассматриваются пациентом как доказательства, поддерживающие бредовые убеждения и степень уверенности в них, а также характерные для пациента когнитивные искажения.

Прежде чем начинать непосредственно нацеливаться на собственно психотерапевтическую работу с бредовыми убеждениями, прилагались усилия к тому, чтобы пациенты, если это возможно, начали осознавать, что их бредовые убеждения способствуют страданию и/или ухудшению их жизни или по крайней мере что их убеждения имеют отношение к их текущему состоянию, а также к тому, чтобы они в целом были настроены на изучение возможностей улучшить самочувствие.

Второй, собственно психокоррекционный, этап оказывался возможным в случае соблюдения указанных выше условий, успешного установления рабочего контакта, отсутствия негативизма по отношению к лечению. В качестве неспецифических, общих при работе со всеми группами пациентов принципов и особенностей психологической коррекции можно выделить следующие.

Во-первых, согласно имеющимся рекомендациям [20], на основании сформированной на прошлом этапе когнитивной концептуализации для начала работы выделялось наименее сильное, эмоционально заряженное убеждение: иными словами, предпочиталась работа от «периферии» к «центру» в системе убеждений пациента, поскольку прямая конфронтация с наиболее значимыми для него бредовыми убеждениями в начале работы скорее воспринимается пациентами как «нападение» и может привести к усилению бредовой убежденности и обрыву коррекции. Во-вторых, основной акцент коррекционных воздействий по когнитивной переоценке фокусировался скорее на обсуждении тех фактов, событий, которые приводятся пациентом в качестве доказательства бредового убеждения, чем на самом убеждении. Невозможность прямого воздействия на бредовое убеждение делает возможным (если это вообще доступно для данного конкретного пациента) ослабление силы бредового убеждения только косвенным путем – например, поиск альтернативных объяснений для событий, поддерживающих убежденность пациента, сочетающийся

с работой над «второстепенными» симптомами и ситуационно возникающим дистрессом посредством техник сократического диалога, поиска альтернативных объяснений и т. п., позволяет постепенно научить пациентов навыкам генерирования альтернативных объяснений, что помогает избегать поспешных необоснованных интерпретаций (jump into conclusion) и обучить возможности дифференцировать событие и его интерпретацию. В-третьих, помимо исследования собственно бредовых убеждений уделялось внимание изучению тех небредовых убеждений, которые могут быть отнесены к составляющим его мировоззрения.

Помимо достижения уже отмеченных задач по обучению пациента когнитивной модели, коррекции «второстепенных» симптомов, подобная работа при лечении пациентов с религиозным бредом имела отдельное значение. Известно, что бредовые по форме убеждения по своему содержанию в существенной степени определяются предшествующими манифесту убеждениями пациентов о мире. Так, в другом месте нами было показано, что для формирования бредовых расстройств религиозного содержания имеет значение предшествующая религиозность [19]. В ряде случаев по миновании острого этапа, в случае становления ремиссии относительно высокого качества, оказывалось продуктивным привлечение к сотрудничеству вызывающего доверие пациента священника для коррекции небредовых убеждений религиозного содержания, носящих магический оттенок и связанных с неверной трактовкой пациентами тех или иных религиозных текстов, что, как можно предположить, оказывало протективное действие от формирования патологических убеждений в будущем.

В-четвертых, по мере необходимости и возможности решалась задача, связанная с психообразованием, где пациенту представлялся медико-психологический взгляд на природу возникающих у него сопутствующих, а в случае успешного лечения – и собственно бредовых расстройств, акцентировалось внимание на донесении до пациента возможности редукции беспокоящих его симптомов в случае сохранения комплаентности к лечению. Наконец, в-пятых, в случае некорректируемости бредовых убеждений фокус коррекционной работы смещался на редукцию тех негативных последствий, которые оказывались связаны со стойкими бредовыми убеждениями пациентов. Так, к примеру, при работе с одним из проходивших ИКОПК пациентов, поступившим с бредом греховности, по миновании острого периода вышедшим в неполную ремиссию с сохранением резидуальных бредовых расстройств религиозного содержания, после того как стала ясна невозможность с помощью техник когнитивной переоценки ослабить патологическое убеждение, был сделан акцент на коррекции его социальной изолированности. В частности, было выявлено, что уход пациента от общения, во всяком случае отчасти, связан с сохраняющим силу основным убеждением о греховности посредством действия ряда промежуточных убеждений – о его «недостойности», а также о том, что другие люди будут чувствовать «отвращение» при общении с таким «недостойным» человеком. При терапевтической недоступности основного убеждения когнитивная переоценка предполагаемого пациентом отношения со стороны других людей посредством техник поиска альтернативных объяснений и поведенческого эксперимента позволила изменить способствующие социальной изоляции убеждения, поддерживать близкие контакты с несколькими людьми, в основном из посещаемой пациентом религиозной общины.

Особенности организации ИКОПК у пациентов с разными типами юношеского религиозного бреда

Возможности применения ИКОПК различались для разных групп пациентов в зависимости от типа бредообразования, а также этапа течения. Для всех четырех типов пациентов с бредом религиозного содержания проведение психологической коррекции на этапе купирующей психофармакологической терапии с целью редукции острой психотической симптоматики было нецелесообразно в силу невозможности установить продуктивный контакт с пациентом. Применение ИКОПК оказывалось возможным после редукции острой симптоматики, на стабилизирующем (в период становления ремиссии), а также поддерживающем этапах лечения.

Индивидуальная когнитивно-ориентированная психологическая коррекция пациентов с интерпретативным бредом греховности (I тип) оказалась наиболее эффективной при работе по ослаблению не полностью редуцированного бредового убеждения по сравнению с другими группами пациентов. Важной составляющей работы с данной когортой пациентов оказалось решение задач по смягчению сопутствующего депрессивного аффекта с идеями самообвинения. В качестве мишени зачастую выступали характерные для этих пациентов когнитивные искажения по типу «чрезмерного обобщения» (overgeneralization), приводящие к тому, что объективно малозначительные детали собственного поведения или мелкие неудачи воспринимались пациентами как проступки и доказательства собственной «испорченности». На поддерживающем этапе лечения данные пациенты зачастую не проявляли желания продолжать курс ИКОПК, у части из них сохранялось религиозное мировоззрение с чертами токсической веры и «патологического» альтруизма.

Индивидуальная когнитивно-ориентированная психологическая коррекция пациентов с интерпретативным бредом бесоодержимости (II тип) имела ограниченную эффективность в связи с ограничениями, накладываемыми нарастающими негативными изменениями (редукция личностного и когнитивного ресурса), низкой мотивацией к лечению. Попытки по ослаблению силы бредового убеждения имели низкую эффективность, наибольшее значение приобретала работа с негативными последствиями бредовых убеждений, в первую очередь аффективными колебаниями, связанным с ними страхом и дистрессом, а также работа с коррекцией когнитивных искажений, связанных с аномальной интерпретацией актуальных, происходящих «здесь и теперь» событий, что позволяет снизить вероятность их включения в систему «фактов», поддерживающих резидуальные бредовые убеждения.

Индивидуальная когнитивно-ориентированная психологическая коррекция пациентов с острым чувственным бредом антагонистического и мессианского содержания (III тип) отличалась большим, по сравнению с пациентами приведенных выше групп, запросом на психологическую коррекцию; его формулировка носила специфический характер, связанный с формированием частичной критики к перенесенному состоянию (в отличие от пациентов типа II), заключавшийся в том, что некоторые из пациентов данной группы жаловались на страх и тревожные переживания, связанные с беспокойством относительно возможности рецидива и повторения психотического состояния. В этом случае для коррекции данных переживаний больший удельный вес приобретали не традиционные техники когнитивной переоценки, а психообразование, изложение значимости применения психофармакологической

терапии на поддерживающем этапе лечения для снижения вероятности рецидива, а также работа с небредовыми дисфункциональными убеждениями для улучшения качества жизни и снижения социальной изолированности.

Индивидуальная когнитивно-ориентированная психологическая коррекция пациентов с острым чувственным бредом по типу религиозного онейроида (IV тип) на стабилизирующем и поддерживающем этапах лечения не требовала коррекции бредовых убеждений, в ряде случаев была еще больше, чем у предыдущей группы, связана со смягчением в принципе нормальных эмоций страха и тревоги, связанных со становлением критики, либо стыда, в случае если пациенты узнавали о нелицеприятных подробностях своих действий во время психотического приступа, противодействием самостигматизации [21]. Работа в рамках когнитивной модели осуществлялась по большей части также с небредовыми убеждениями, связанными зачастую с преморбидными особенностями этих пациентов (как правило, обсессивно-компульсивными). Многие из пациентов этой группы выражали желание продолжить ИКОПК на поддерживающем этапе лечения для расширения диапазона стратегий совладания, улучшения межличностных отношений и проч.

Таким образом, разработанная нами программа индивидуальной когнитивно-ориентированной психологической коррекции может быть эффективна при работе с пациентами, страдающими от различных видов бредовых убеждений религиозного содержания. Однако успех лечения зависит от типа бредовых убеждений и мотивации пациента. В случае бредовых убеждений первого типа, связанных с греховностью, ИКОПК может быть успешной при смягчении депрессивного аффекта и решении когнитивных искажений. При бредовых убеждениях второго типа, связанных с бесоодержимостью, ИКОПК не всегда эффективна и важно работать с аффективными колебаниями и когнитивными искажениями. У пациентов с бредовыми убеждениями третьего типа, связанными с антагонизмом и мессианизмом, ИКОПК может быть наиболее полезной для работы со страхом и тревогой. При бредовых убеждениях четвертого типа ИКОПК не требует коррекции самих убеждений, а скорее направлена на противодействие самостигматизации и тревоге, связанной с психотическими приступами. Мы понимаем, что наше исследование не лишено ряда недостатков. Исследование не проводилось сравнительно с другими методами психологического лечения, чтобы определить эффективность ИКОПК в сопоставлении с другими подходами. Приведенные в статье результаты основаны на ограниченном числе пациентов, что может ограничить обобщаемость результатов. Исследование обращает внимание на эффективность ИКОПК на различных стадиях бредовых убеждений, но не предоставляет информацию о долгосрочных результатах или стабильности эффектов лечения. Работа фокусируется только на определенных типах бредовых убеждений и не рассматривает другие формы религиозной психопатологии. Исследование не учитывает возможное влияние внешних факторов, таких как медикаментозное лечение, ситуативные стрессы и др. В перспективе мы планируем следующее: 1) расширение выборки пациентов, что позволит получить более надежные результаты и обобщить их применительно к более широкой популяции; 2) сравнение эффективности предложенной методики с другими подходами или без лечения – позволит определить ее преимущества и недостатки в сопоставлении с альтернативными методами; 3) включение дополнительных мер и оценок, таких как меры качества жизни, социальной поддержки и функционирования, что позволит более полно оценить

эффективность исследуемой методики; 4) оценка стабильности результатов и долгосрочного влияния ИКОПК на пациентов с бредовыми убеждениями может быть важным направлением для дальнейших исследований.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Gottdiener W., Haslam N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. *Ethical Human Sciences and Services*. 2002;4(3):163–187.
2. Pfammatter M., Junghan U.M., Brenner H.D. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*. 2006;32(1):S64–S80. doi: 10.1093/schbul/sbl030
3. Turner D.T., Van der Gaag M., Karyotaki E. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(5):523–538. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13081159
4. Orfanos S., Banks C., Priebe S. Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(4):241–249. doi: 10.1159/000377705
5. Gould R.A., Mueser K.T., Bolton E. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophrenia Research*. 2001;48(2-3):335–342. doi: 10.1016/S0920-9964(00)00145-6
6. Jauhar S., McKenna P.J., Radua J. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;204(1):20–9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116285
7. The Agency for Healthcare Research and Quality, American Medical Association, and American Association of Health Plans. *National Guideline Clearinghouse*. 2002. Available: <http://www.guideline.gov>
8. National Collaborating Centre for Mental Health. *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management*. UK; 2014.
9. Galletly C., Castle D., Dark F. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016;50:410–472.
10. Velthorst E., Koeter M., Van Der Gaag M. Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*. 2015;45(3):453. doi: 10.1017/S0033291714001147
11. Van der Gaag M., Valmaggia L.R., Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2014;156(1):30–37. doi: 10.1016/j.schres.2014.03.016
12. Sitko K., Bewick B.M., Owens D. Meta-analysis and meta-regression of cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp) across time: the effectiveness of CBTp has improved for delusions. *Schizophrenia Bulletin Open*. 2020;1(1):sgaa023. doi: 10.1093/schizbullopen/sgaa023
13. Snezhnevsky A.V. About acute delusional episodes. *Psychiatry*. 2015;2:62–62. (in Russian)
14. Tiganov A.S. *Guide to psychiatry*. Moscow: Medicine; 2012. (in Russian)
15. Tiganov A.S. *Psychiatry: scientific and practical reference book*. Moscow: Medical Information Agency; 2016. (in Russian)
16. Sokolova E.T., Andreyuk K.O. Comparison of the ability to understand social causality depending on irrational mental attitudes and intolerance to uncertainty: clinic and norm. *Ananyev Readings*. 2020;213–214. (in Russian)
17. Stern Y. Cognitive reserve. *Neuropsychologia*. 2009;47(10):2015–2028. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004
18. Herrero P., Contador I., Stern Y. Influence of cognitive reserve in schizophrenia: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2020;108:149–159. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.10.019
19. Kaleda V.G., Popovich U.O., Romanenko. Religious delirium in youthful endogenous paroxysmal psychosis. *Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(12):13. (in Russian)
20. Beck J.S. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Publications; 2020.
21. Tarakanova E.A., Orujev N.Y. Self stigmatization and quality of life of patients with schizophrenia: correlational relationships. *Far Eastern Medical Journal*. 2010;2. (in Russian)