



ПСИХИАТРИЯ. ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ
PSYCHIATRY. REVIEW

DOI: 10.22363/2313-0245-2020-24-3-262-268

Основные методы психотерапии негативных симптомов при шизофрении

А.О. Мунин¹, А.А. Акулова², И.В. Белокрылов¹

¹ Российский университет дружбы народов, г. Москва, Российская Федерация

² Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина, г. Москва, Российская Федерация

Аннотация. Обзор охватывает публикации, посвященные основным методам психотерапии, которые могут уменьшить негативные симптомы при шизофрении. Последние трудно поддаются лечению и, как правило, сохраняются при применении стандартного антипсихотического лечения. Комбинированные методы, включающие медикаментозное и немедикаментозное воздействие, могут быть более эффективными и в большей степени отвечать терапевтическому запросу пациента. Рассмотрены данные относительно влияния на негативную симптоматику когнитивно-поведенческой терапии, обучения социальным навыкам и семейных психотерапевтических вмешательств. Негативные симптомы шизофрении лежат в основе низкого социального функционирования, нарушения профессиональной деятельности и инвалидизации пациентов, тем самым являясь ключевым фактором значительных финансовых затрат для службы здравоохранения. Эффективное лечение негативной симптоматики приводит к улучшению клинических и функциональных параметров состояния пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Ключевые слова: негативная симптоматика, шизофрения, психосоциальные методы воздействия

Вклад авторов: Мунин А.О. — обзор литературы, написание текста. Акулова А.А. — обзор литературы, написание текста. Белокрылов И.В. — обзор литературы, написание текста.

Заявление о конфликте интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 22.04.2020. Принята 08.06.2020

Для цитирования: Мунин А.О., Акулова А.А., Белокрылов И.В. Основные методы психотерапии негативных симптомов при шизофрении // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2020. Т. 24. № 3. С. 262—268. DOI: 10.22363/2313-0245-2020-24-3-262-268

© Мунин А.О., Акулова А.А., Белокрылов И.В., 2020



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Main methods of psychotherapy for negative schizophrenia symptoms

A.O. Munin¹, A.A. Akulova², I.V. Belokrylov¹

¹Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russian Federation

² State Psychiatric Hospital № 4, Moscow, Russian Federation

Abstract. The review covers publications on the main methods of psychotherapy that can reduce negative symptoms of schizophrenia. Negative symptoms are difficult to treat, and generally persist despite standard antipsychotic treatment. Combined methods including medical and non-medical treatments can be more effective and fully meet the therapeutic needs of a patient. We examined the effects of cognitive-behavioral therapy, social skills training, and family interventions on negative symptoms. The negative symptoms of schizophrenia underlie poor functioning, impaired professional performance and patient disability, thereby being a key factor in the enormous financial cost to the healthcare. Effective treatment of negative symptoms will lead to clinical and functional recovery in patients with schizophrenic spectrum disorders.

Keywords: Negative symptoms, schizophrenia, psychosocial interventions

Author contributions: Munin A.O. — literature review, writing a text; Akulova A.A. — literature review, writing a text, Belokrylov. I.V. — literature review, writing a text.

Conflict of interest statement. The authors declare no conflict of interest.

Received 22.04.2020. Accepted 08.06.2020

For citation: Munin A.O., Akulova A.A., Belokrylov I.V. Main methods of psychotherapy for negative schizophrenia symptoms. *RUDN Journal of Medicine*. 2020; 24 (3): 262—268. DOI: 10.22363/2313-0245-2020-24-3-262-268

Негативные симптомы, выступающие при расстройствах шизофренического спектра, в значительной степени определяют качество жизни, социальную и профессиональную продуктивность, а также исход заболевания, и представляют тем самым высокую прогностическую значимость [1—3]. В клинико-динамическом плане они обнаруживают тесную связь с продолжительностью необходимого лечения и качеством следующих за ним ремиссий, а следовательно, и частотой повторных госпитализаций больного [4]. Они являются основной причиной инвалидизации пациентов, страдающих шизофренией, и ключевым фактором, определяющим финансовые затраты для здравоохранения [5].

К негативным симптомам шизофрении относят притупленный аффект, алогию, ангедонию, асоциальность и абулию [6, 7].

Недавние исследования показали, что негативные симптомы являются многомерными, включая параметры, по крайней мере, двух отдельных субдоменов негативных симптомов: снижение экспрессии и мотивации [7].

Также в настоящее время негативные симптомы делят на первичные и вторичные. Первичные негативные симптомы являются проявлениями основной патологии, тогда как вторичные негативные симптомы могут рассматриваться в рамках сопутствующих основной психотической симптоматике аффективных нарушений (т. е. как проявление позитивных

симптомов, в частности, апатических, анестетических, адинамических депрессий) или как побочные эффекты антипсихотических препаратов [7].

Согласно данным исследований, один или более негативных симптомов присутствуют приблизительно у 60 % пациентов, страдающих шизофренией [8]. У 25 % пациентов первичные негативные симптомы проявляются уже после первого психотического эпизода [9, 10]. Негативные симптомы присутствуют на каждом этапе развития болезни: в продромальной фазе, во время психоза и после устранения психотического состояния [11].

Лекарственные препараты имеют ограниченное влияние на негативную симптоматику, а в некоторых случаях сами способны ее усиливать. Современная концепция лечения негативной симптоматики основывается на биопсихосоциальной модели и включает в себя как психофармакотерапию, так и психосоциальные вмешательства [12, 13].

Актуальные лечебно-реабилитационные методы психосоциальной направленности в первую очередь ориентированы на активизацию «здорового ядра» личности шизофренического пациента. Методологии, технике и эффективности воздействия данных мероприятий непосредственно на негативные расстройства у больных шизофренией посвящено недостаточное количество научных работ. В этой статье мы рассмотрим существующую литературу, описывающую данные вмешательства [14].

Основываясь на анализе ряда исследований, авторы считают оправданным выделение следующих задач в достижении цели уменьшения негативной симптоматики: 1) содействие адекватному восприятию социальных ситуаций, 2) улучшение распознавания и выражения эмоций, 3) тренинг необходимых социальных навыков [11].

Перечисленные задачи, судя по итогам проведенного анализа, наиболее эффективны и поэтому часто решаются за счет применения когнитивно-поведенческой и семейной психотерапии; отдельное значение имеет одно из направлений поведенческой терапии — тренинг социальных навыков.

Когнитивно-бихевиоральная терапия: когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) является наиболее часто используемой научно обоснованной

практикой в немедикаментозном лечении психических расстройств [15]. Она, как правило, краткосрочна и направлена на установление связи между мыслями, чувствами или действиями по отношению к различным ситуациям, а также на изменение деструктивных паттернов, оказывающих негативное влияние на поведение и эмоции [16]. КБТ шизофрении концептуально и технически разнообразна и может направляться на различные мишени. Дифференцированный характер лечебного воздействия обеспечивается за счет маневрирования отдельными ее подходами: когнитивным, поведенческим или интегративным [13].

В большинстве исследований и обзорах, посвященных КБТ больных шизофренией, свойственные для нее интервенции чаще всего рассматривались в качестве дополнительного метода воздействия на продуктивную симптоматику, а влияние метода на негативную симптоматику считалось второстепенным [17, 18].

Несмотря на это имеются данные, что КБТ является эффективным вмешательством для снижения негативных симптомов [18]. Некоторые исследования указывают на то, что наибольшую эффективность КБТ имеет при изначально высоком уровне негативных расстройств. Эти данные говорят о важности применения КБТ для пациентов с выраженной степенью негативных расстройств. Некоторые авторы отмечают меньший эффект воздействия КБТ на негативные симптомы шизофрении при сохраняющейся у пациента остроты продуктивной — галлюцинаторно-бредовой симптоматики [19]. Показано, что воздействие на негативную симптоматику методами КБТ, изначально фокусированными на уменьшение продуктивной симптоматики, не имеет достаточного эффекта, и такое воздействие требует выработки специфических технических приемов. В ряде работ авторами показано, что индивидуальная психотерапевтическая помощь обнаруживает более высокую эффективность, нежели групповая [11].

Актуальность семейных вмешательств в лечении шизофрении определяются значительной ролью семейной среды в плане ее влияния на течения и исходы шизофрении, Они включают в себя большую группу психотерапевтических, образовательных и поведенческих методов. С помощью семейных

вмешательств решаются психообразовательные задачи, производится обучение навыкам эффективного межличностного взаимодействия, преодоления коммуникативной отгороженности. В задачи семейной психотерапии и психокоррекции также входит анализ внутрисемейных отношений больного, последующее решение проблем взаимодействия между членами семьи, обучение антикризисному поведению. В этом контексте «семья» включает не только родственников, а людей, которые имеют значительную эмоциональную связь с больными шизофренией. Дисфункциональные отношения в семье могут являться одним из важных факторов predisпозиции к рецидиву шизофрении [17, 20, 21].

В многочисленных исследованиях семейные вмешательства показали уменьшение числа обострений и повторных госпитализаций больных шизофренией, а также улучшение социального функционирования и качества жизни как самих пациентов, так и представителей его близкого окружения. [22—24]. Опосредованно через нормализацию внутрисемейной ситуации больного шизофренией семейные вмешательства в отдельности или в сочетании с другими психотерапевтическими подходами демонстрируют уменьшение выраженности негативных симптомов [25].

Обучение социальным навыкам. Несмотря на то, что в основе обучения социальным навыкам лежит поведенческая терапия, в ряде исследований данный вид тренинг-терапии выделяют отдельно в ряду с другими подходами психотерапии шизофрении. Это структурированное индивидуальное или групповое вмешательство, направленное на повышение социальной эффективности путем детальной оценки и анализа поведения пациента, постановки цели, моделирование и формирования социальных навыков путем позитивного подкрепления. Такое вмешательство оценивает ряд межличностных и социальных навыков, которые пациенты обнаруживают в различных жизненных ситуациях, и далее переходит к тренировке вербального и невербального общения. Кроме этого, обучение социальным навыкам может включать обучение навыкам независимого проживания и касаться решения повседневных, рутинных задач [21, 26].

Обучение социальным навыкам помогает больным шизофренией выработать наиболее адекватные поведенческие паттерны в различных социальных ситуациях, справляться с повседневными задачами, восстановить уверенность в себе, улучшить качество социального функционирования в целом [21, 26]. По данным одного метаанализа, прямые сравнения различных вмешательств показали, что обучение социальным навыкам более эффективно именно в отношении негативных симптомов [26].

Некоторые данные свидетельствуют о том, что терапевтические программы, сочетающие в себе несколько видов вмешательств, позволяют достичь лучших результатов [17].

Кроме выбранных нами психосоциальных вмешательств, применяющихся для коррекции негативной симптоматики, в литературе наиболее часто освещаются и некоторые другие: психообразование, когнитивная ремедиация, арт- и музыкотерапия, терапия трудом и занятостью, лечебная физкультура, другие виды консультирования [17, 18, 26].

Выводы

Нами была рассмотрена только часть психосоциальных вмешательств, показавших свою эффективность при воздействии на негативные симптомы. Ограничения обзора связаны с невозможностью оценить в исследованиях разницу влияния этих коррекционных мер на субдомены негативной симптоматики — экспрессивного и мотивационного, а также разницу воздействия на первичную и вторичную негативную симптоматику. Следует иметь в виду, что в исследованиях пациенты также получали различное медикаментозное лечение, которое также могло уменьшить негативную симптоматику. До сих пор во многих подходах влияние немедикаментозных методов лечения на негативную симптоматику рассматривается как вторичный результат лечения психотической симптоматики. Психотерапевтические методы лечения имеют положительный эффект у больных шизофренией с преобладанием в клинической картине негативной симптоматики, однако не полностью удовлетворяют запросам клиники и социума на качество их реабилитации. Следовательно, на современном этапе только их сочетание

с психофармакотерапией наиболее полно решает эту сложнейшую задачу психиатрии, однако методы психологического лечения больных шизофренического спектра имеют значительный не раскрытый потенциал и требуют дальнейшего подробного изучения.

Библиографический список

1. Ho B.C., Nopoulos P., Flaum M., Arndt S., Andreasen N.C. Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am.J. Psychiatry*. 1998. Vol. 155. N 9. P. 1196—1201. DOI: 10.1176/ajp.155.9.1196
2. Rabinowitz J., Levine SZ., Garibaldi G., Bugarski-Kirola D., Berardo CG., Kapur S. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophr. Research*. 2012. Vol. 137. N 1—3. P. 147—50. DOI: 10.1016/j.schres.2012.01.015
3. Jordan G., Lutgens D., Joobar R., Lepage M., Iyer S.N., Malla A. The relative contribution of cognition and symptomatic remission to functional outcome following treatment of a first episode of psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014. Vol. 75. N 6. P. 556—572. DOI: 10.4088/JCP.13m08606
4. Patel R., Jayatilleke N., Broadbent M., et al. Negative symptoms in schizophrenia: a study in a large clinical sample of patients using a novel automated method. *BMJ Open*. 2015. Vol. 5. N 9. DOI: 10.1136/bmjopen-2015—007619
5. Fusar-Poli P., Papanastasiou E., Stahl D., Rocchetti M., Carpenter W., Shergill S. et al. Treatments of Negative Symptoms in Schizophrenia: Meta-Analysis of 168 Randomized Placebo-Controlled Trials. *Schizophrenia Bulletin*. 2015. Vol. 41. N 4. P. 892—899. DOI: 10.1093/schbul/sbu170
6. Kirkpatrick B., Fenton W.S., Carpenter W.T. Jr., Marder S.R. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*. 2006. Vol. 32. N 2. P. 214—219. DOI:10.1093/schbul/sbj053
7. Strauss G.P., Horan W.P., Kirkpatrick B. et al. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *Journal of Psychiatric Research*. 2013. Vol. 47. N 6. P. 783—790. DOI:10.1016/j.jpsychires.2013.01.015
8. Bobes J., Arango C., Garcia-Garcia M., Rejas J. Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010. Vol. 71. N 3. P. 280—286. DOI:10.4088/JCP.08m04250yel
9. Kirkpatrick B., Buchanan R.W., Ross D.E., Carpenter W.T. Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2001. Vol. 58. N 2. P. 165—171. DOI: 10.1001/archpsyc.58.2.165
10. Buchanan R.W. Persistent negative symptoms in schizophrenia: an overview. *Schizophrenia bulletin*. 2007. Vol.33. N 4. P. 1013—1022. DOI:10.1093/schbul/sbl057
11. Klingberg S., Wolwer W., Engel C., Wittorf A., Herrlich J., Meisner C. et al. Negative Symptoms of Schizophrenia as Primary Target of Cognitive Behavioral Therapy: Results of the Randomized Clinical TONES Study. *Schizophrenia bulletin*. 2011. Vol. 37. N 2. P. 98—110. DOI:10.1093/schbul/sbr073
12. Buchanan R.W., Kreyenbuhl J., Kelly D.L., Noel J.M., Boggs D.L., Fischer B.A., et al. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin*. 2010. Vol. 36. N 1. P. 71—93. DOI:10.1093/schbul/sbp116
13. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. «Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении»: ФОРУМ; Москва; 2016.
14. Elis O., Caponigro J.M., Kring A.M. Psychosocial Treatments for Negative Symptoms in Schizophrenia: Current Practices and Future Directions. *Clinical psychology review*. 2013. Vol. 33. N 8. P. 914—928. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.07.001
15. Hiltunen A.J., Kocys E., Perrin-Wallqvist R. Effectiveness of cognitive behavioral therapy: An evaluation of therapies provided by trainees at a university psychotherapy training center. *Psy. Ch. journal*. 2013. Vol. 2. N 2. P. 101—112. doi:10.1002/pchj.23
16. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J., Sawyer A.T., Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012. Vol. 36. N 5. P. 427—440. DOI:10.1007/s10608—012—9476—1
17. Aleman A., Lincoln T.M., Bruggeman R., Melle I., Arends J., Arango C., et al. Treatment of negative symptoms: Where do we stand, and where do we go? *Schizophr Research*. 2017. Vol. 186. P. 55—62. doi: 10.1016 / j. schres.2016.05.015
18. Lutgens D., Garipey G., Malla A. Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 210. N 5. P. 324—332. doi: 10.1192/bjp.bp.116.197103
19. Staring A.B., Ter Huurne M.A., van der Gaag M. Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: A pilot study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. 2013. Vol. 44. N 3. P. 300—306. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.01.004
20. Brown G.W., Birley J.L., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*. 1972. Vol. 121. N 562. P. 241—258. DOI: 10.1192/bjp.121.3.241
21. National Collaborating Centre for Mental Health., National Institute for Health and Care Excellence. *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition. NICE Clinical Guidelines 2014. N. 178.*
22. Rendall M., Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2000. Vol. 188. N 4. P. 187—201. DOI: 10.1097/00005053—200004000—00001
23. McFarlane W.R., Dixon L., Lukens E., Lucksted A., Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of marital and family therapy*. 2003. Vol. 29. N 2. P. 223—245. DOI: 10.1111/j.1752—0606.2003.tb01202.x
24. Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных шизофренией с частыми госпитализациями. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006. Т. 16. N 3. С. 99—103.

25. Dyck D.G., Short R.A., Hendryx M.S., Norell D., Myers M., Patterson T. et al. Management of Negative Symptoms among Patients with Schizophrenia Attending Multiple-Family Groups. *Psychiatric Services*. 2000. Vol. 51. N 4. P. 513—519 DOI:10.1176/appi.ps.51.4.513
 26. Turner D.T., van der Gaag M., Karyotaki E., Cuijpers P. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 171. N 5. P. 523—538. DOI:10.1176/appi.ajp.2013.13081159
- ## References
1. Ho B.C., Nopoulos P., Flaum M., Arndt S., Andreasen N.C. Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry*. 1998;155(9):1196—1201. DOI: 10.1176/ajp.155.9.1196
 2. Rabinowitz J., Levine SZ., Garibaldi G., Bugarski-Kirola D., Berardo CG., Kapur S. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophr Research*. 2012;137(1—3):147—150. DOI: 10.1016/j.schres.2012.01.015
 3. Jordan G., Lutgens D., Joobar R., Lepage M., Iyer S.N., Malla A. The relative contribution of cognition and symptomatic remission to functional outcome following treatment of a first episode of psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2014;75(6):556—572. DOI: 10.4088/JCP.13m08606
 4. Patel R., Jayatilleke N., Broadbent M. et al. Negative symptoms in schizophrenia: a study in a large clinical sample of patients using a novel automated method. *BMJ Open*. 2015;5(9) DOI: 10.1136/bmjopen-2015—007619
 5. Fusar-Poli P., Papanastasiou E., Stahl D., Rocchetti M., Carpenter W., Shergill S. et al. Treatments of Negative Symptoms in Schizophrenia: Meta-Analysis of 168 Randomized Placebo-Controlled Trials. *Schizophrenia Bulletin*. 2015; 41(4):892—899. DOI: 10.1093/schbul/sbu170
 6. Kirkpatrick B., Fenton W.S., Carpenter W.T. Jr., Marder S.R. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*. 2006; 32(2): 214—219. DOI:10.1093/schbul/sbj053
 7. Strauss G.P., Horan W.P., Kirkpatrick B. et al. Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: avolition-apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47(6): 783—790. DOI:10.1016/j.jpsychires.2013.01.015
 8. Bobes J., Arango C., Garcia-Garcia M., Rejas J. Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2010; 71(3): 280—286. DOI:10.4088/JCP.08m04250yel
 9. Kirkpatrick B., Buchanan R.W., Ross D.E., Carpenter W.T. Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2001; 58(2): 165—171. DOI: 10.1001/archpsyc.58.2.165
 10. Buchanan R.W. Persistent negative symptoms in schizophrenia: an overview. *Schizophrenia bulletin*. 2007; 33(4): 1013—1022. DOI:10.1093/schbul/sbl057
 11. Klingberg S., Wolwer W., Engel C., Wittorf A., Herrlich J., Meisner C. et al. Negative Symptoms of Schizophrenia as Primary Target of Cognitive Behavioral Therapy: Results of the Randomized Clinical TONES Study. *Schizophrenia bulletin*. 2011; 37(2):98—110. DOI:10.1093/schbul/sbr073
 12. Buchanan R.W., Kreyenbuhl J., Kelly D.L., Noel J.M., Boggs D.L., Fischer B.A., et al. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin*. 2010; 36(1): 71—93. DOI:10.1093/schbul/sbp116
 13. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narusheniya socialnogo poznaniya. Novaya paradigma v issledovaniyakh cenzralnogo psikhologicheskogo deficita pri shizofrenii. Moscow. *FORUM*. 2016 (In Russ)
 14. Elis O., Caponigro J.M., Kring A.M. Psychosocial Treatments for Negative Symptoms in Schizophrenia: Current Practices and Future Directions. *Clinical psychology review*. 2013; 33(8): 914—928. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.07.001
 15. Hiltunen A.J., Kocys E., Perrin-Wallqvist R. Effectiveness of cognitive behavioral therapy: An evaluation of therapies provided by trainees at a university psychotherapy training center. *PsyCh journal*. 2013; 2(2): 101—112. doi:10.1002/pchj.23
 16. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J., Sawyer A.T., Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012; 36 (5): 427—440. DOI:10.1007/s10608—012—9476—1
 17. Aleman A., Lincoln T., Bruggeman R., Melle I., Arends J., Arango C., et al. Treatment of negative symptoms: Where do we stand, and where do we go? *Schizophr Research*. 2017; 186: 55—62. doi: 10.1016 / j. schres.2016.05.015
 18. Lutgens D., Garipey G., Malla A. Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017; 210 (5): 324—332. doi: 10.1192/bjp.bp.116.197103
 19. Staring A.B., Ter Huurne M.A., van der Gaag M. Cognitive Behavioral Therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: A pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2013; 44(3): 300—306. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.01.004
 20. Brown G.W., Birley J.L., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*. 1972; 121(562) 241—258. DOI: 10.1192/bjp.121.3.241
 21. National Collaborating Centre for Mental Health., National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition. *NICE Clinical Guidelines* 2014; 178
 22. Huxley N.A., Rendall M., Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2000; 188(4) 187—201. DOI: 10.1097/00005053—200004000—00001
 23. McFarlane W.R., Dixon L., Lukens E., Lucksted A., Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of marital and family therapy*. 2003; 29(2): 223—245. DOI: 10.1111/j.1752—0606.2003.tb01202.x
 24. Landyshev M.A. Psychoeducation of family members of schizophrenic patients with frequent hospitalizations. *Socialnaya i klinicheskaya psihiatriya*. 2006 16 (3): 99—103. (In Russ)
 25. Dyck D.G., Short R.A., Hendryx M.S., Norell D., Myers M.,

- Patterson T. et al. Management of Negative Symptoms among Patients with Schizophrenia Attending Multiple-Family Groups. *Psychiatric Services*. 2000; 51(4) 513—519. DOI:10.1176/appi.ps.51.4.513
26. Turner D.T., van der Gaag M., Karyotaki E., Cuijpers P. 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

Ответственный за переписку: Мунин Андрей Олегович — аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов», 109559, Россия г. Москва, ул. Ставропольская, д. 27. E-mail: Munin1@mail.ru

Мунин А.О. SPIN: 9093—1363 ORCID ID: 0000—0002—3405—0407

Акулова А.А. SPIN: 2660—0924 ORCID ID: 0000—0003—2650—4736

Белокрылов И.В. SPIN: 5129—6871 ORCID ID: 0000—0002—3329—9411

Corresponding author: Munin Andrei Olegovich — Graduate student of the Department of Psychiatry and Medical Psychology of the Medical Institute of the Federal University of Peoples' Friendship University of Russia, 109559, Stavropolskaya, 27, Moscow, Russia. E-mail: Munin1@mail.ru

Munin A.O. ORCID ID: 0000—0002—3405—0407

Akulova A.A. ORCID ID: 0000—0003—2650—4736

Belokrylov I.V. ORCID ID: 0000—0002—3329—9411