

Прогнозирование уровня функциональной нетрудоспособности у больных шизофренией: когнитивный дефицит, функциональные способности, симптомы и общесоматическое состояние

Philip D. Harvey, Martin Strassnig

Department of Psychiatry, University of Miami Miller School of Medicine, 1120 NW 14th Street, Suite 1450, Miami, FL 33136, USA

Перевод: Войнова Н.А. (Москва)

Редактор: Павличенко А.В. (Москва)

Нетрудоспособность при шизофрении – распространенное явление, рефрактерное к современной медикаментозной терапии. Несостоятельность больных шизофренией в обыденной жизни является причиной огромных не прямых экономических потерь, которые могут превышать прямые затраты, связанные с купированием психотической симптоматики, не менее, чем в три раза. В связи с этим, лечебные мероприятия, направленные на устранение нетрудоспособности, крайне актуальны. Чтобы эффективно лечить нетрудоспособность, в первую очередь, нужно выделить и обозначить ее причины. По всей видимости, этих причин множество и они частично друг с другом перекрываются. Данная статья посвящена обзору литературы по прогнозу нетрудоспособности при шизофрении. Мы считаем, что когнитивное функционирование, ограничение функциональных способностей, определенные клинические симптомы, а также различные социальные и внешние факторы непосредственно друг с другом связаны. Более того, мы предполагаем, что изменения общесоматического состояния, как недавно показано, является весьма распространенным явлением при тяжелом психическом заболевании, и также может вносить вклад в развитие нетрудоспособности независимо от других, хорошо изученных причин. Мы полагаем, что, помимо мероприятий, которые нацелены на улучшение когнитивных функций, тренинг навыков и социальную поддержку, при прогнозировании реального уровня функционирования и объема терапевтических вмешательств, направленных на устранение нетрудоспособности, нужно также учитывать изменения общесоматического состояния пациентов.

Ключевые слова: шизофрения, нетрудоспособность, когнитивные функции, функциональные способности, внутренняя мотивация, внешние факторы, общесоматическое состояние

(*World Psychiatry* 2012; 11:73-79)

Шизофрения – одно из наиболее инвалидирующих заболеваний (1), а больные шизофренией испытывают сложности в различных сферах своей повседневной жизни (2). Большая часть этих нарушений одинакова в различных странах и культурах. Так, пациенты из развитых и развивающихся стран со сходными демографическими характеристиками демонстрируют схожий уровень снижения функциональных возможностей (3,4).

Сниженная у больных шизофренией способность справляться с когнитивными и функциональными задачами имеет несколько аспектов, включая когнитивное функционирование, измеряемое с помощью выполнения нейропсихологических тестов (5) и инструментов, направленных на прицельную оценку функциональных навыков (6). Кроме того, различные внешние и культуральные факторы могут влиять на повседневную жизнь, причем как в позитивном, так и в нежелательном направлении. Сюда относятся пособие по инвалидности, определенные возможности, поддержка в местах проживания больных, а также различные элементы общественного отношения и стигматизации (7, 8).

Симптомы заболевания, включая депрессию, негативную и психотическую симптоматику, а также критику к болезни также влияют на уровень функционирования (9). Примечательно, что данные факторы, по-видимому, воздействуют на уровень функционирования не через изменения трудоспособности, а напрямую, и не затрагивают способности, лежащие в ее основе.

В конечном счете, есть множество факторов, влияющих на повседневную жизнь людей без серьезных психических расстройств, которым уделялось мало внимания в научных исследованиях, несмотря на тот факт, что они достаточно распространены у лиц с тяжелыми психическими заболеваниями. Эти факторы включают метаболические нарушения, заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также их последствия для жизни. Хотя наличие этих состояний у боль-

ных шизофренией хорошо известно (10), до настоящего времени было предпринято всего лишь несколько попыток определить, в какой степени они влияют на повседневное функционирование и где именно оно может проявиться.

В данной статье приведены конкретные данные, позволяющие оценить влияния различных факторов на повседневную жизнь больных шизофренией. Этот обзор базируется на анализе опубликованных работ, в которых исследуется связь между различными факторами, потенциально влияющими на прогноз, и исходами заболевания. Кроме того, мы предлагаем несколько дополнительных областей исследования, которые, по-видимому, помогут лучше понять ранее малоизвестные данные об изменениях нетрудоспособности в повседневной жизни. Мы также рассмотрим, насколько вышеуказанные факторы могут уменьшить показатели нетрудоспособности при шизофрении, если их направить в правильное русло.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Несмотря на то, что психотические симптомы при шизофрении и других тяжелых психических расстройствах наиболее показательны, самой дорогой проблемой при них является снижение функционирования, которое может приводить к значительно большему материальным затратам, чем те, которые связаны с лечением психотического расстройства, включая траты на медикаментозное лечение и госпитализации. Снижение функционирования у больных шизофренией охватывает такие важные области как самообслуживание, креативность и социальное функционирование (11). В жизни больные значительно реже, чем их здоровые сверстники, достигают определенных высот, а многие функциональные навыки (т.е. социальные, профессиональные, самостоятельного проживания) у них развиваются на более низком уровне.

Снижение функционирования – сложное явление, в развитие которого принимают участие множество факторов. Среди них можно выделить способность применять полученные навыки, мотивация к их использованию, распознавание ситуаций, где они могут оказаться успешными, а также факторы, которые мешают проявиться способностям, мотивации и распознаванию ситуаций, требующих наилучшего использования навыков. Эти негативные факторы включают симптомы основного заболевания, общесоматическое состояние и побочные эффекты лекарственных препаратов. Кроме того, существуют внешние факторы, которые прямо и косвенно влияют на повседневное функционирование. Прямые влияния включают в себя отсутствие возможностей добиться определенных целей (например, проживание в среде, где никто не говорит на твоём родном языке; высокий уровень безработицы) или правовые ограничения (напр., статус иммигранта). Непрямые влияния включают различные препятствия, в частности, неадекватная разница между пособием по инвалидности и медицинской страховкой, что вынуждает людей выбирать между желанием работать или получать лечения их заболевания.

На схеме 1 мы выделали группу факторов, приводящих к снижению функционирования. Прямые влияния включают функциональные способности, социальную когницию, клинические симптомы, внешние факторы и соматическое состояние. Некоторые из них изучались более тщательно, чем другие, а многие вообще никогда не привлекали внимание в рамках систематического мультивариантного исследования, включающего все или хотя бы некоторые из потенциальных предикторов.

Кроме того, влияние некоторых факторов на функциональный исход заболевания (таких, например, как выполнение нейрокогнитивных тестов), оказалось значительно более значимым тогда, когда другие, промежуточные факторы (такие, например, как уровень функциональных возможностей), в расчет не принимались. Подобным образом многие проявления шизофрении оказывают влияние на исход, не затрагивая их фундаментальные области: когнитивную деятельность, функциональные возможности и социальную когницию. Таким образом, наша модель является не результатом мета-анализа, а скорее теоретическим конструктом влияния многих потенциальных факторов на функциональную несостоятельность в повседневной жизни, составленную путем многократных исследований больных шизофренией.

КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

За последние 20 лет отмечалась вспышка интереса в отношении влияния когнитивного дефицита на повседневную жизнь. Было представлено много детальных обзоров, поэтому мы, в свою очередь, только представим их результаты и не станем вдаваться в подробности.



сти. Некоторые из них особенно важны. В частности, к ним относятся величина корреляции между когнитивным дефицитом и уровнем снижения повседневного функционирования, особенности их взаимосвязи в различных сферах когнитивных способностей, а также то, какие именно аспекты повседневного функционирования в большей или меньшей мере связаны с когнитивным снижением.

Результаты исследований в целом согласуются друг с другом. Отдельные сферы когнитивных способностей (например, обучение, внимание, исполнительские функции) в малой и умеренной степени соотносятся с глобальными показателями повседневного функционирования (12). Однако их суммарные баллы в целом имеют средние и высокие корреляции с уровнем повседневного функционирования (5, 12). Когда уровень функционирования оценивается клиницистом, то его корреляция с когнитивной сферой оказывается выше, чем при оценке самих больных (13). Существует лишь единичные доказательства того, что определенные области когнитивного дефицита predisполагают к развитию специфических областей функционального снижения. Возможно, последнее обстоятельство связано с тем, что «специфический» когнитивный дефицит определяется с помощью нейропсихологических тестов, которые сами по себе мультифакторны. Большинство исследований говорит о том, что есть определенные функциональные области, в частности, социальные исходы, которые определяются снижением не столько когнитивных функций, сколько другими сферами, такими как снижение социальной когниции (14) и негативные симптомы (15).

Возможность самостоятельно решать жилищные проблемы, по-видимому, наиболее тесно связано с сохранностью когнитивной сферы (11). Многие больные шизофренией не ищут работу, поэтому значимость связи между когнитивными возможностями и трудоустройством, возможно, не очень высока. Однако, если пациенты участвуют в реабилитационных программах и пытаются найти работу, то более высокие исходные показатели когнитивного функционирования и улучшение когнитивной деятельности в результате коррекционных мероприятий определяют их успешность в профессиональной сфере (16,17). Таким образом, если мы хотим предсказать успешность пациента найти работу, исходя из уровня снижения его когнитивных функций, то мы должны учитывать его непосредственное желание найти и удерживаться на ней.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ (FUNCTIONAL CAPACITY)

Это быстро развивающаяся концепция обращается к навыкам, лежащим в основе успешного функционирования. Они включают способность справляться с бытовыми проблемами, работу и социальные навыки (18). Указанные способности можно измерить с помощью тестов, сходных с комплексом нейропсихологических методик в отношении структуры, методов количественной оценки и интерпретации результатов, которые не просто опираются на самоотчет пациента, внешние обстоятельства, или персональную мотивацию к достижению необходимого результата. Соответственно, можно точно определить, сможет ли человек использовать навыки, необходимые для работы или независимого проживания, даже в том случае, если он длительное время до этого не работал или у него не было средств снимать отдельное жилье.

Некоторые исследования показали, что показатели функциональных способностей коррелируют с результатами повседневного функционирования не меньше, чем данные когнитивного функционирования (9). Кроме того, корреляция между результатами выполнения нейропсихологических тестов и результа-

тами оценки функциональных способностей достаточно высока, в среднем около $r = 0,6$ и более (что с завидным постоянством встречается в разных исследованиях) (13). Предполагалось, что уровень когнитивного снижения влияет на функционирование через связь с функциональными способностями (19). Так, когнитивный дефицит может ослабить способность справляться с повседневными проблемами, что, в свою очередь, снижает вероятность успешной адаптации.

В нескольких работах было показано, что когнитивное функционирование, без учета влияния функциональных способностей, в минимальной степени воздействует на повседневную жизнь (9, 19). Однако, принимая во внимание высокую корреляцию между выполнением нейропсихологических тестов и параметрами функциональных способностей, некоторые исследователи обнаружили противоположный результат: показатели выполнения этих тестов могут объяснить все трудности в повседневной жизни, а функциональные способности при этом совсем не важны (20). Вероятно, последний результат является статистической погрешностью, так как большинство других работ говорят о том, что функциональные способности имеют выраженную связь с уровнем повседневного функционирования, а не наоборот.

Недавно было проведено систематическое крупномасштабное исследование (6), целью которого являлось определить те параметры функциональных способностей, которые одновременно связаны и с когнитивными способностями и с повседневным функционированием. Результаты этого исследования показали, что различные параметры функциональных способностей в высокой степени коррелировали с нейропсихологическими функциями, были связаны с повседневным функционированием, а также на протяжении как длительного, так и короткого времени имели психометрические свойства, связанные с нейропсихологическими переменными. Другие исследования показали, что параметры функциональных способностей имеют психометрические свойства (ретестовая надежность, дисперсия, практические эффекты), очень похожие на те, которые выявляемые в нейропсихологических тестах (21).

Чрезвычайно важными в отношении валидности параметров функциональных способностей (и особенно значимыми в плане их мирового признания) явились результаты, показавшие, что данные параметры оказались схожими в разных странах. Одним из аргументов, ранее высказываемым в пользу того, что нейропсихологическое функционирование является ключевой характеристикой шизофрении, являлось сходство выполнения нейропсихологических тестов на разных течениях болезни, в разных странах и культурах. Схожие данные были получены в отношении оценки функциональных способностей. Например, пациенты из Швеции и Нью-Йорка показали даже более сходные результаты при оценке функциональных способностей, чем при оценке их нейропсихологических характеристик (3). Несмотря на культуральные различия в отношении социальной поддержки больных шизофренией, эта схожесть сохранялась. Так, благодаря социальной поддержке, вероятность самостоятельного проживания больного шизофренией в Швеции почти в три раза выше, чем в Нью-Йорке.

В исследовании, проведенном Китае (4), было показано, что параметры функциональных способностей у больных шизофренией были более чувствительны, чем у здоровых лиц, в отношении уровня образования, охватывающем диапазон от 1 до 20 лет. Существенное значение уровня образования, даже вне его связи с болезнью, указывает на то, что жизнь более образованных людей более сложная и требует наличия большего числа функциональных навыков. С другой стороны, больные с диагнозом «шизофрения», окончившие кол-

ледж, показывают результаты, схожие со здоровыми людьми, окончившими только среднюю школу, что указывает на значительность нарушений, связанных с тяжелым психическим заболеванием по сравнению со здоровыми людьми. Уровень этих различий схож с данными предыдущих исследований, проведенных в США.

СОЦИАЛЬНАЯ КОГНИЦИЯ (SOCIAL COGNITION)

Как указывалось выше, социальная когнития, возможно, более тесно связано с социальными исходами заболевания, чем нейропсихологические характеристики (22). Социальная когнития, в целом, соотносится со сферой когнитивных способностей, но напрямую связано с навыками, необходимыми для социального функционирования, такими как межличностное понимание и взаимодействие. Сфера социальной когниции включает такие области как эмоциональное узнавание (зрительное и слуховое); предположение о том, какое впечатление ты производишь на окружающих; оценка намерений и другие, связанные с ними области (23). Некоторые обзоры (24,25) и недавно опубликованный мета-анализ (14) показали, что социальная когнития имеет устойчивые связи с социальным функционированием, включая такие важные в жизни человека события, как заключение брака или равнозначные им стабильные отношения, а также другие социальные функции, например, развитие и поддержание дружеских взаимоотношений.

Однако, одной из проблем, связанных с социальной когницией, является то, что ее дефиниция и измерение не так хорошо разработаны, как нейропсихологические характеристики или даже функциональные способности. О психометрических свойствах ее параметров известно очень мало и многие из них по-разному понимаются отдельными исследовательскими группами, что приводит к снижению сравнимости исследований, связанными с использованием стандартизированных нейропсихологических методов оценки. Более того, до сих пор существует крайнее мало работ, посвященных изучению вклада социальной когниции в другие функциональные области, такие, например, как профессиональная занятость, где социальные способности необходимы для того, чтобы получить и суметь удержаться на разных работах.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ВКЛЮЧАЯ ДЕПРЕССИЮ

На основе межгруппового анализа было показано, что психотические симптомы при шизофрении очень незначительно влияют на повседневную функционирование (5). Хотя это может показаться странным, но пациенты с полной редукцией психотических симптомов все еще могут обнаруживать значительные сложности в различных функциональных сферах. Кроме того, больные с устойчивыми психотическими состояниями могут проживать самостоятельно. Последнее обстоятельство частично можно объяснить тем, что снижение когнитивного функционирования лишь в небольшой степени связано с текущей психотической симптоматикой. Подобный вывод в настоящее время также был показан в отношении функциональных способностей (9,19). Конечно, выраженное психотическое состояние, влияя на структуру и критичность, может быть главным препятствием в жизни. Как бы то ни было, эти изменчивые взаимоотношения между психозом и исходом в минимальной степени коррелируют друг с другом.

Другие симптомы шизофрении тоже оказывают влияние на повседневную жизнь. Например, негативные симптомы влияют на различные сферы жизни. В качестве примера можно взять социальную отторженность и ее влияние на социальное функционирование. Социальная изоляция – классический негативный симптом, проявляющийся отсутствием заинтересован-

ности или активном избегании социальных контактах. Этот симптом, возможно, связан с ангедонией и другими областями, снижающими социальное подкрепление, которое происходит при взаимодействии с другими людьми (26). Было показано, что социальная изоляция более тесно связана с социальными исходами болезни, чем измеренные с помощью стандартных методик нейропсихологическое функционирование и показатели социальных навыков (15). Результат также интересен в плане возможных терапевтических вмешательств. Тренировка социальных навыков, хотя и является широко распространенной практикой, может быть бесполезной у того, чье нежелание участвовать в социальной жизни является первопричиной снижения социального функционирования.

В свое время активно обсуждались вопросы взаимоотношения негативных симптомов и когнитивного дефицита (27). Не вдаваясь в детали дискуссии, просто отметим, что несколько различных исследований показали, что можно отдельно измерить вклад когнитивного снижения и негативных симптомов в уровень функционирования. Кроме того, области негативных симптомов и когнитивной деятельности частично перекрываются, хотя уровень этого перекрытия достаточно мал по сравнению со значительно более существенными корреляциями между каждой из этих областей и повседневным функционированием.

Депрессия при шизофрении оказалась частично недооцененным и малоизученным явлением, если учесть ее широкую распространенность и влияния на уровень болезненности и летальности. Очевидно, что у многих больных шизофренией есть симптомы депрессии и могут встречаться критерии депрессивного расстройства одновременно с шизофренией. Было показано, что даже мягкие и умеренно выраженные аффективные симптомы оказывают негативное влияние на повседневное функционирование (28). Вопреки распространенному среди клиницистов мнению, данное неблагоприятное воздействие не является следствием негативного влияния депрессии на нейропсихологические или функциональные способности. Похоже, что это воздействие является более целенаправленным. Так, в трех исследованиях (9,19,29), включающих различных пациентов, нами было показано, что тяжесть депрессии лишь в очень малой степени коррелирует с результатами выполнения тестов на способности, при умеренно выраженной корреляции с повседневным функционированием. Исходя из данных наших собственных исследований, мы пришли к выводу, что депрессия является наиболее мощным предиктором снижения функционирования, имея более широкое (хотя и незначительно) влияние на исход заболевания, чем нейропсихологическая деятельность или функциональные способности (29). Таким образом, депрессию крайне важно принимать во внимание при попытке выяснить причины нетрудоспособности при шизофрении.

АНГЕДОНИЯ

В течение 100 лет, начиная с Крепелина и Блейлера, развивалась идея о том, что ангедония является ведущей характеристикой шизофрении. Последние достижения в области изучения негативных симптомов сделали большой шаг вперед в вопросах понимания комплексной природы изменения гедонистических способностей у больных шизофренией (30).

Многие повседневные действия, по-видимому, совершаются благодаря их подкрепляющим последствиям. Недавние исследования показали, что при шизофрении и депрессии могут быть задействованы различные виды ангедонии. Существенным элементом депрессии, по-видимому, является снижение способности испытывать удовольствие от выполнения потенциально

приятных действий (конечная [consummatory] ангедония). При шизофрении же, похоже, способность испытывать удовольствие сохраняется (26), однако, отмечается снижение способности предвидеть приятные события (предвосхищающая [anticipatory] ангедония). При предвосхищающей ангедонии больные испытывают трудности вспомнить свое поведение, которое приводило к положительному опыту и, следовательно, желание повторить эти действия снижается. Несколькими работами, изучающими депрессию и ангедонию у больных шизофренией, показали увеличение частоты конечной (consummatory) ангедонии у больных шизофренией с сопутствующими депрессивными симптомами. Таким образом, лица с депрессивными симптомами при шизофрении могут иметь качественно похожий на лиц с одной лишь депрессией уровень гедонистического снижения (31). Лица с устойчивым когнитивным дефицитом, как это показано у больных шизофренией, возможно, также не могут восстановить в памяти предыдущий положительный опыт, вследствие чего они не могут предвидеть приятные последствия каждого поступка.

Недавние исследования показали, что пациенты, у которых по данным опросников отмечается снижение внутренней мотивации, имеют меньше пользы от лечения, направленного на улучшение когнитивных функций, чем более мотивированные больные (32, 33). Снижение желания прикладывать усилия, даже при том, что они посещают занятия, может приводить к меньшей вовлеченности в терапевтический процесс, что, возможно, приводит к менее интенсивной работе мозга и снижению положительного влияния от тренинга когнитивных навыков. Лечение ангедонии и связанного с ней снижения мотивации, похоже, могло бы быть важнейшей целью улучшения функционирования больных шизофренией.

ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ

Очевидно, внешние факторы связаны с обычной жизнью. Как правило, когда больные шизофренией собираются что-либо сделать, у них, в целом, меньше внутренних стимулов, чем у их здоровых сверстников, а само заболевание способствует дополнительным ограничениям возможностей. Люди, имеющие инвалидность на протяжении всей жизни, финансово уязвимы, возможно, не могут самостоятельно оплатить свое жилье, что, вместе с недостаточной семейной поддержкой, может приводить к череде неприятностей. Финансовые проблемы имеют и другие нежелательные последствия. Недостаточная обеспеченность одеждой может помешать найти работу, а бедность ограничивает пищевой рацион, что, в свою очередь, нежелательно сказывается на соматическом состоянии. Проживание в окружении бедных соседей также повышает риск быть ограбленным и подвергнуться физическому насилию, а больные шизофренией, по-видимому, намного чаще становятся жертвами криминальных действий. Кроме того, проживание в бедных районах также повышает конкуренцию в плане трудоустройства.

Некоторые другие внешние факторы также имеют важное значение. В США пособие по инвалидности и страхование здоровья для многих пациентов тесно связаны между собой. Так, поиск работы может приостановить страховые выплаты, и пациенты, которые стремятся выздороветь и найти работу, могут прекратить принимать лекарственную терапию на некоторое время. Несколько исследований показали, что единственный фактор, который мешает найти работу в США, – пособие по инвалидности, и не потому, что 400\$ в месяц достаточная для проживания сумма, а вследствие внутренней связи между пособием по инвалидности и страховкой, что делает поиск работы без преимуществ медицинского страхования малооправданным фактом (7, 8).

Экономические трудности также крайне негативно влияют на больных шизофренией вследствие уменьшения объема социальных программ. Кроме того, при экономической стагнации более квалифицированные психически здоровые работники могут стать более конкурентоспособными, чем они, при выполнении той же самой работы или в поиске жилья.

СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Больные шизофренией, имеют более высокие, по сравнению с общей популяцией (34, 35), показатели ожирения и сопутствующих медицинских заболеваний (сердечно-сосудистые расстройства, диабет, артериальная гипертензия). Недавно было показано, что факторы, ведущие к развитию ожирения, оказывают крайне негативное влияние на больных шизофренией. В нескольких работах было продемонстрировано каким образом ненормальный образ жизни, включая скудный рацион, малоподвижность, недостаток физической активности и высокий уровень курения, с одной стороны, и прием антипсихотических средств, с другой, приводит к значительно более высокому, чем в популяции, повышению показателей заболеваемости и летальности (36).

Тенденции шизофрении укорачивать продолжительность жизни больных усиливается недостаточностью выявления, регулярного контроля и лечения ожирения и связанных с ним метаболических нарушений, что наблюдается в практическом здравоохранении (37). Это привело к плачевной ситуации, когда пропасть между наблюдаемыми в последние годы успехами в отношении лечения клинических симптомов и качеством жизни, с одной стороны, и уровнем смертности у больных шизофренией, с другой, не только не уменьшается, но, возможно, даже увеличивается (38, 39).

Влиянию ожирения и соматических заболеваний на нетрудоспособность при шизофрении уделялось мало внимания, и они никогда не оценивались в плане их воздействия на клинические особенности, когнитивные процессы и функциональные способности. У психически здоровых людей, например, степень ожирения напрямую связано с ограничениями в обыденной жизни (от легкого снижения активности до полной нетрудоспособности в значимых сферах жизни), а более тяжелое ожирение имеет намного более выраженные негативные влияния (40).

Связанные с ожирением снижения подвижности, гибкости, координации, мышечных навыков, силы и походки ведут к трудностям в таких областях повседневной жизни (activities of daily living, ADLs) как одевание, принятие ванны, прохождение нескольких кварталов, подъем по лестнице, выполнение домашней работы, совершение покупок, пользование общественным транспортом и необходимость какой-либо энергичной работы (41). Эти проблемы обусловлены не только физическими объемами и связанными с ними нарушениями подвижности, но также и с другими дисфункциями (напр., снижение подвижности, гибкости и стойкости) или с наличием медицинских заболеваний, вызванных или усиленных наличием ожирения. С медицинской точки зрения, ущерб, наносимый атеросклерозом, гипергликемией и гипертензией организму, может стать причиной ухудшения когнитивных, моторных функций и походки (40). В качестве примеров можно привести инсульты, сердечные заболевания, сосудистую деменцию, плохое заживление ран и перемежающуюся хромоту.

Тучные больные, страдающие шизофренией, могут иметь схожее с психически здоровыми людьми снижение физической активности, приводящее к нетрудоспособности. Косвенно это подтверждают сами больные: говоря о качестве жизни, они чаще упоминают о своих физических, а не о психологических проблемах, что является результатом восприятия их физических

ограничений (42,43). Когда эти ограничения сочетаются с нарушениями, связанными с тяжелым психическим заболеванием, то негативные влияния могут взаимно усиливаться.

ФИЗИЧЕСКАЯ ФОРМА

В США больные шизофренией находятся в гораздо худшей физической форме, чем их психически здоровые сверстники. Их физические функциональные возможности, проявляющиеся в способности быть физически активными, заметно снижены (44, 45). Причинами этого являются снижение эффективности работы сердца и костно-мышечной системы, выносливости, скорости и, возможно, гибкости. Заболевания дыхательной системы, связанные, по всей видимости, с широкой распространенностью курения, проявляются в укорочении вдоха, который возникает после преодоления определенного нагрузки. Низкий уровень заболеваемости дыхательной системы, однако, может негативно сказаться на требующей умеренных нагрузок физической активности, которую становится трудно поддерживать (46). В это же время анаэробные виды деятельности, которые требуют повышенных физических усилий, бывает невозможно завершить, что также влечет за собой разнообразные последствия (47). Снижение активности может проявляться в том, например, что пациенты не хотят ходить по магазинам, посещать врача, не вовлекаются в профессиональную деятельность или не выполняют рекомендованные им физические упражнения, избегают вступать в контакт с другими пациентами и общественными институтами, так как предъявляемые к ним физические требования воспринимаются ими как чрезмерные или же попросту невыполнимые.

Недостаточность физической активности, в сочетании с малоподвижным образом жизни и нежелательными явлениями, связанными с различными видами лечения, приводит к снижению веры в собственные силы, развитию ожирения и инвалидизации. При улучшении физического самочувствия психически здоровые люди легче включаются в социальную и профессиональную деятельность, могут самостоятельно справиться с повседневными нагрузками, у них снижаются показатели инвалидности вследствие соматических заболеваний (48). Мы предполагаем, что подобное же снижение уровня инвалидности и улучшение повседневной жизни (ADLs) можно ожидать и у больных шизофренией. Поскольку некоторые из выше упомянутых клинических переменных – например, когнитивная деятельность, мотивация или негативные симптомы – могут снижать эффективность терапевтических вмешательств, направленным на улучшение физического состояния больных шизофренией, возможно, здесь потребуются внедрение специальных программ.

Таким образом, физические ограничения могут усилить функциональную недостаточность, которая может быть вызвана снижением когнитивных функций, клиническими симптомами и недостаточными функциональными способностями. В дальнейшем, физические ограничения ухудшают повседневную жизнь в тех сферах, где также действуют присущие шизофрении ограничения. Так, череда факторов, снижающих повседневное функционирование, включает когнитивный дефицит, ухудшение функциональных способностей, наличие определенных симптомов и, недавно сюда включенные, многочисленные соматические ограничения, связанные с отклонениями в состоянии здоровья.

ВЫВОДЫ

Нетрудоспособность при шизофрении является результатом взаимодействия множественных факторов. Они включают изменения в когнитивной сфере, область функциональных способностей, которая

активно изучалась в последнее годы, а также определенные клинические симптомы. Эти изменения исследовались в нескольких работах и обзорах. В итоге, ученые пришли к выводу, что с ними связано около половины изменений в повседневной жизни. Внешние факторы также в значительной мере влияют на повседневную жизнь, что подтверждается связью между пособиями по инвалидности, с одной стороны, и трудовой занятостью и состоянием жилищных условий, с другой.

Мы полагаем, что есть еще один дополнительный фактор, который может рассматриваться как предиктор нетрудоспособности при шизофрении, – плохое соматическое состояние. Его влияние проявляется на нескольких уровнях. Существуют прямые влияния, связанные с объемом тела, подвижностью и гибкостью. Кроме того, возникающие психологические изменения напрямую ухудшают повседневное функционирование, возможно, посредством влияния на когнитивные способности. В дополнение к этому, стигма, в любом случае, оказывает сильнейшее влияние на исходы тяжелых психических заболеваний, которая, вероятно, усиливается при присоединении ожирения.

Воздействие соматического состояния на исход шизофрении представляется несомненным, но оно еще не было достаточно изучено, как это было сделано в отношении других факторов. Мы полагаем, что будущие исследования, посвященные профилактики и лечению метаболических синдромов, будут также учитывать влияние изменения этих факторов на важнейшие сферы повседневной жизни.

Литература:

- Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contributions of risk factors: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349:1436-42.
- Harvey PD, Raykov T, Twamley EM et al. Validating the measurement of real-world functional outcome: Phase I results of the VALERO study. *Am J Psychiatry* (in press).
- Harvey PD, Helldin L, Bowie CR et al. Performance-based measurement of functional disability in schizophrenia: a cross-national study in the United States and Sweden. *Am J Psychiatry* 2009;166: 821-7.
- McIntosh BJ, Zhang XY, Kosten T et al. Performance based assessment of functional skills in severe mental illness: results of a largescale study in China. *J Psychiatr Res* 2011;45:1089-94.
- Green MF, Kern RS, Braff DL et al. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophr Bull* 2000;26:119-36.
- Green MF, Schooler NR, Kern RD et al. Evaluation of functionally-meaningful measures for clinical trials of cognition enhancement in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011;168:400-7.
- Rosenheck R, Leslie D, Keefe R et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:411-7.
- Rosenheck RA, Frisman LK, Sindelar J. Disability compensation and work: a comparison of veterans with psychiatric and nonpsychiatric impairments. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 359-65.
- Bowie CR, Leung WW, Reichenberg A et al. Predicting schizophrenia patients' real world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biol Psychiatry* 2008;63:505-11.
- Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19(Suppl. 1):1-93.
- Leung WW, Bowie CR, Harvey PD. Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: a cross-sectional study. *J Int Neuropsychol Soc* 2008;14:479-88.
- McClure MM, Bowie CR, Patterson TL et al. Correlations of functional capacity and neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: evidence for specificity of relationships? *Schizophr Res* 2007;89:330-8.
- Leifker FR, Patterson TL, Heaton RK et al. Validating measures of real-world outcome: the results of the VALERO Expert Survey and RAND Panel. *Schizophr Bull* 2011;37:334-43.
- Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD et al. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:573-88.
- Leifker FR, Bowie CR, Harvey PD. The determinants of everyday outcomes in schizophrenia: influences of cognitive impairment, clinical symptoms, and functional capacity. *Schizophr Res* 2009; 115:82-7.
- McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1791-802.
- McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2005;31:898-909.
- Harvey PD, Velligan DI, Bellack AS. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophr Bull* 2007;33:1138-48.
- Bowie CR, Depp C, McGrath JA et al. Prediction of real world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:1116-24.
- Heinrichs RW, Ammari N, Miles AA et al. Cognitive performance and functional competence as predictors of community independence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010;36:381-7.
- Leifker FR, Patterson TL, Bowie CR et al. Psychometric properties of performance-based measurements of functional capacity. *Schizophr Res* 2010;119:246-52.
- Harvey PD, Penn DL. Social cognition: the key factor predicting social outcome in people with schizophrenia? *Psychiatry* 2010; 7:41-4.
- Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull* 2008;34:408-11.
- Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006; 32:S44-S563.
- Green MF, Leitman DI. Social cognition in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:670-2.
- Gard DE, Kring AM, Gard MG et al. Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophr Res* 2007;93:253-60.
- Harvey PD, Koren D, Reichenberg A et al. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophr Bull* 2006;32:250-8.
- Reickmann N, Reichenberg A, Bowie CR et al. Depressed mood and its functional correlates in institutionalized schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2005;77:179-87.
- Sabbag S, Twamley EW, Vella L et al. Predictors of the accuracy of self assessment of everyday functioning in people with schizophrenia. Submitted for publication.
- Horan WP, Kring AM, Gur RE et al. Development and psychometric validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophr Res* 2011;132:140-5.
- Kollias CT, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ et al. Association of physical and social anhedonia with depression in the acute phase of schizophrenia. *Psychopathology* 2008; 41:365-70.
- Medalia A, Revheim N, Casey M. Remediation of memory disorders in schizophrenia. *Psychol Med* 2000;30:1451-9.
- Choi J, Mogami T, Medalia T. Intrinsic Motivation Inventory: an adapted measure for schizophrenia research. *Schizophr Bull* 2010; 36:966-76.
- Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL et al. Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *Am J Prev Med* 2009;36:341-50.
- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150: 1115-21.

36. Newcomer JW, Hennekens CH. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2007;298:1794-6.
37. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
38. Hoang U, Stewart R, Goldacre MJ. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ* (in press).
39. Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM et al. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. *Schizophr Res* 2008;98:287-94.
40. Alley DE, Chang VW. The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *JAMA* 2007;29:2020-7.
41. Jain NB, Al Adawi S, Dorvlo AS et al. Association between body mass index and functional independence measure in patients with deconditioning. *Am J Phys Med Rehabil* 2008; 87:21-5.
42. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;62:73-6.
43. Kolotkin R, Corey-Lisle PK, Crosby RD et al. Impact of obesity on health-related quality of life in schizophrenia and bipolar disorder. *Obesity* 2008;16:749-54.
44. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;126:103-9.
45. Vankampfort D, Probst M, Scheewe T et al. Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with early schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;129:122-7.
46. Parameswaran K, Todd DC, Soth M. Altered respiratory physiology in obesity. *Can Respir J* 2006;13:203-10.
47. Fleg JL, Piña IL, Balady G et al. Assessment of functional capacity in clinical and research applications: an advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation* 2000;102: 1591-7.
48. Fentem PH. ABC of sports medicine. Benefits of exercise in health and disease. *BMJ* 1994;308:1291-5.