

Когнитивные нарушения и инвалидизация при шизофрении: дефицит навыков, связанный с когнитивным функционированием, и нарушения проблемно-решающего поведения ухудшают течение заболевания

13,4 (95% ДИ: 9,9–16,7) миллионов лет жизни с инвалидностью – это вклад шизофрении в общее бремя заболеваний. Социальные издержки, связанные с данным расстройством, огромны, а затраты, связанные с потерей трудоспособности, даже больше прямых затрат на лечение, и подобная тенденция характерна для разных стран и систем здравоохранения. Эти данные свидетельствуют о том, что снижение уровня инвалидизации при шизофрении является приоритетной задачей, однако для этого пока существует мало эффективных методов.

Нарушения несоциальных и социальных когнитивных функций вносят существенный вклад в снижение повседневного функционирования и субъективной оценки качества жизни больных шизофренией. Green и соавт.¹ представили и оценили сложные модели влияния несоциальных и социальных когнитивных функций на функционирование пациентов с учетом как моделирующих переменных (например, пессимизм, мотивация, чувствительность к вознаграждению), так и нейробиологических коррелятов и возможные следствия этих взаимосвязей. Кроме того, авторы тщательно оценили подходы к коррекции когнитивных нарушений, имеющиеся на сегодняшний день, включая фармакологические методы и когнитивную ремедиацию, в том числе упражнения, направленные по повышению физической подготовки, которые, как было показано, оказывают благотворное влияние на когнитивные способности.

Как и в случае любого другого хронического заболевания, существует множество факторов, способствующих инвалидизации при шизофрении. Широко распространены ожирение и сопутствующие соматические заболевания, часто страдает физическая форма пациентов, и данные факторы коррелируют с когнитивными нарушениями².

Одним из вопросов, не так подробно рассмотренных в обзоре Green и соавт.¹, являются проблема функциональных возможностей (способность выполнять повседневные функциональные навыки) и потенциальное опосредующее влияние несоциальных и социальных когнитивных функций на

функциональные исходы. В нескольких исследованиях было показано, что функциональные возможности напрямую связаны с нарушениями повседневного функционирования, причем самым значимым предиктором дефицита этих способностей обычно является нарушение несоциальных когнитивных функций. Кроме того, при изучении способности к социальному функционированию, обычно называемой социальной компетентностью, на предмет его связи с функциональными исходами было показано, что отдельные показатели социальных когнитивных функций могут предсказывать уровень социальной компетентности, который, в свою очередь, определяет общий уровень повседневного функционирования. Таким образом, нарушения социальных и несоциальных когнитивных функций могут быть предикторами дефицита функциональных навыков, что, в свою очередь, является предиктором недостаточного повседневного функционирования в разных областях.

В продолжение этой темы нами отмечено, что неудовлетворительное состояние физического здоровья и недостаточная физическая подготовка значимо влияют на риск инвалидизации при шизофрении, коррелируют с несоциальными и социальными когнитивными функциями и ухудшают функциональные исходы. В конечном счете, снижение физических возможностей может мешать людям покидать свое место жительства и усугублять ограничения функциональных возможностей помимо тех, которые возникают из-за нарушения несоциальных и социальных когнитивных функций, создавая дополнительные препятствия для эффективного применения повседневных навыков, которыми обладают пациенты.

Мы разработали модель, которая объединяет эти различные подходы в единую модель риска инвалидизации при шизофрении, выделив соответствующие факторы (например, симптомы, когнитивные функции, физическое функционирование) и их взаимодействие, чтобы обеспечить синергичный подход к их рассмотрению³.

Используя данные из проекта по психическому здоровью the Suffolk County Mental Health Project, мы проанализировали результаты 20-летнего наблюдения за прибавкой в весе и ее влияние на повседневную деятельность больных. Мы обнаружили, что увеличение веса прогрессировало в течение всего периода, что привело к тому, что более 50% пациентов с биполярным расстройством и 60% пациентов с шизофренией имели индекс массы тела, соответствующий ожирению, спустя 20 лет после установления диагноза⁴, что поразительно, учитывая, что на момент первого эпизода ожирением страдали всего 8 и 20% больных соответственно.

В отдельном исследовании повседневного функционирования этих же пациентов в течение 20-летнего периода наблюдения мы обнаружили, что пациенты с шизофренией, среди которых распространенность ожирения и когнитивного дефицита была выше, также имели более низкие показатели повседневного функционирования, в частности, сохранение конкурентоспособности при трудоустройстве и независимого проживания⁴. Для обеих групп пациентов когнитивные нарушения и два показателя физического функционирования (окружность талии и способность быстро многократно подниматься со стула) коррелировали с сохранением конкурентоспособности. При использовании логистической регрессии для прогнозирования трудовой занятости наличие диагноза определяло 11% дисперсии, при этом на тест со стулом приходилось 9%, а на негативные симптомы – еще 5%. Диагностический эффект, вероятно, был связан с различиями в когнитивном функционировании между группами, но ограничение подвижности, связанное с ожирением, оказалось очень ценным предиктором трудоустройства. Лишь наличие диагноза влияло на независимое проживание.

Полученные данные не ставят под сомнение значение когнитивных нарушений для прогнозирования уровня повседневного функционирования. Скорее они позволяют предположить, что когнитивные нарушения могут способствовать развитию физических

ограничений. Ожирение при шизофрении коррелирует с многочисленными нарушениями социальных и несоциальных когнитивных функций⁶. Среди несоциальных когнитивных функций было выявлено нарушенное принятие решений относительно выбора рациона питания. Низкое качество питания характерно для групп с низким социально-экономическим статусом, в том числе для больных шизофренией. Потребление фруктов и овощей у них снижено, по сравнению с остальной частью населения, и выбор такой диеты в сочетании с потреблением высококалорийных легкоусвояемых продуктов способствует ожирению⁷.

Высококалорийные, привлекательные по вкусовым качествам продукты легкодоступны в промышленно развитых странах, требуют минимальных усилий при закупках и приготовлении. Пациенты с шизофренией представляются особенно уязвимыми в такой среде, так как они потребляют больше пищи, чем психически здоровые люди, а их выбор еды оказывается более скудным. Кроме того, очень немногие пациенты регулярно занимаются физическими упражнениями⁸, а среди тех, кто их выполняет, распространены ошибочные представления о том, что представляют собой правильные «упражнения». Кроме того, та же недостаточность оценочных суждений, отмеченная Green и соавт.¹ при выполнении эмоционально нейтральных задач на проблемно-решающее поведение, присутствует при выборе продуктов питания со значительной тенденцией к немедленному, а не отсроченному удовлетворению потребности и недостатком планирования при выборе продуктов питания.

Кроме того, нарушения функциональных возможностей, которые, как

известно, обусловлены когнитивными нарушениями, также распространяются на навыки, связанные с питанием. Несколько исследований показало, что пациенты с шизофренией страдают от неспособности планировать и осуществлять покупку полезной пищи. Их навыки приготовления пищи также снижены⁹. В серии лабораторных имитационных тестов пациенты с шизофренией продемонстрировали значительное нарушение способности планировать свое питание, покупать ингредиенты и готовить еду, по сравнению со здоровыми. Эти функциональные нарушения были связаны с выраженностью негативных, но не позитивных симптомов, а также с нарушением исполнительных функций, но не с нарушениями памяти.

Таким образом, мы предполагаем, что когнитивные нарушения у больных шизофренией не только напрямую связаны с инвалидизацией, но и вносят существенный вклад в недостаточность других навыков (функциональные возможности, социальную компетентность), которые усугубляют последствия инвалидизации. Неудовлетворительные соматическое состояние и физическая форма вносят вклад в предсказание инвалидизации наряду с когнитивными нарушениями. Последовательная цепочка от когнитивных нарушений, особенно в области проблемно-решающего поведения и системы вознаграждения, может вести к дефициту функциональных возможностей, что, в свою очередь, влияет на выбор диеты, режима физической активности и приводит к неудовлетворительному функциональному исходу.

Таким образом, показатели, казалось бы, не связанные с когнитивным дефицитом, могут быть по меньшей мере частично обусловлены нарушением

когнитивного функционирования и могут подвергаться коррекции при использовании адекватных методов, способствующих его улучшению.

**Philip D. Harvey^{1,2},
Martin T. Strassnig^{1,3}**

¹Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Miami Miller School of Medicine, Майями, США;

²Research Service, Miami VA Healthcare System, Майями, США;

³Palm Beach County Mental Health Services, Делрэй Бич, США

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

Harvey PD, Strassnig MT. Cognition and disability in schizophrenia: cognition-related skills deficits and decision-making challenges add to morbidity. *World Psychiatry* 2019;18(2):165–167.

Библиография

1. Green MF, Horan WP, Lee J. *World Psychiatry* 2019;18:146–61.
2. Bora E, Akdede BB, Alptekin K. *Psychol Med* 2017;47:1030–40.
3. Harvey PD, Strassnig MT. *World Psychiatry* 2012;11:73–9.
4. Strassnig MT, Kotov R, Cornacchio D et al. *Bipolar Disord* 2017;19:336–43.
5. Strassnig MT, Cornacchio D, Harvey PD et al. *J Psychiatr Res* 2017;94:180–5.
6. Strassnig MT, Caceda R, Newcomer JW et al. *Trans Neurosci* 2012;3:345–54.
7. Monteiro CA, Moubarac JC, Levy RB et al. *Public Health Nutr* 2018;21:18–26.
8. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB et al. *World Psychiatry* 2017;16:308–15.
9. Semkovska M, Bédard MA, Godbout L et al. *Schizophr Res* 2004;69:289–30

DOI: 10.1002/wps.20647

Почему не существует утвержденных методов лечения когнитивных расстройств при шизофрении?

В статье Green и соавт.¹ подробно изложены доказательства того, что когнитивными расстройствами при шизофрении страдают миллионы людей во всем мире. Именно они в наибольшей степени способствуют социальной изоляции и инвалидизации большинства больных шизофренией.

Тем не менее, к сожалению, в настоящее время в мире не существует никаких фармакологических или поведенческих методов лечения когнитивных расстройств при шизофрении, одобренных какими-либо регулирующими органами. Достижения в области генетики, биологии, фармакологии и

высоких технологий способствовали разработке целевых методов лечения в различных областях медицины, особенно в онкологии, кардиологии и иммунологии. Благодаря этим достижениям некоторые заболевания из разрушительных и жизнеугрожающих перешли в разряд рутинных состояний. Почему огромные успехи в нейробиологии, психофармакологии и генетике аналогично не способствуют улучшению у больных шизофренией с когнитивными расстройствами?

Наиболее очевидной причиной является объем инвестиций в разработку методов лечения. Бюджет Нацио-

нального института здравоохранения США (US National Institutes of Health, NIH), выделенный на исследования в области шизофрении в 2018 г., составил 258 млн долларов, но для кардиологических заболеваний он составил в 10 раз больше, а для онкологических – в 25 раз². Такое несоответствие еще разительнее наблюдается в фармацевтической промышленности, где общий бюджет на исследования и разработку препаратов для борьбы с раком в 2017 г. составил 71,5 млрд долларов США, что затмевает затраты государства. На каждое исследование лечения когнитивных расстройств при шизофрении⁴