

значение и могут способствовать эффективному и ответственному планированию лечения.

Thanos Karatzias^{1,2}, Mark Shevlin³, Philip Hyland^{4,5}, Menachem Ben-Ezra⁶, Marylène Cloitre^{7,8}, Marcin Owkzarek⁵, Eoin McElroy⁹

¹School of Health & Social Care, Edinburgh Napier University, Edinburgh, UK; ²NHS Lothian, Rivers Centre for Traumatic Stress, Edinburgh, UK; ³Ulster University, School of Psychology, Derry, Northern Ireland; ⁴Department of Psychology, Maynooth University, Kildare, Ireland; ⁵Centre for Global Health, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland; ⁶School of Social Work, Ariel University, Ariel, Israel; ⁷National Center for PTSD Dissemination and Training Division, VA Palo Alto Health Care System, Palo Alto, CA, USA; ⁸Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, Stanford University, Stanford, CA, USA; ⁹Department of Neuroscience, Psychology and Behaviour, University of Loughborough, Loughborough, UK

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Библиография

1. Reed JM, First MB, Kogan CS et al. *World Psychiatry* 2019;18:3-19.
2. Weathers FW, Keane TM. *J Trauma Stress* 2007;20:107-21.
3. Hyland P, Karatzias T, Shevlin M et al. *Psychol Trauma* (in press).
4. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report*. San Antonio: Psychological Corporation, 1998.
5. Cloitre M, Shevlin M, Brewin C et al. *Acta Psychiatr Scand* 2018;138:536-46.
6. Epskamp S, Cramer AO, Waldorp LJ et al. *J Stat Softw* 2012;48:1-18.
7. Robinaugh DJ, Millner AJ, McNally RJ. *J Abnorm Psychol* 2016;125:747-57.
8. Van Borkulo CD, Borsboom D, Epskamp S et al. *Sci Rep* 2014;4:5918.
9. Karatzias T, Cloitre M. *J Trauma Stress* 2019;32:870-6.

DOI:10.1002/wps.20795

Эффективность когнитивной ремедиации при состоянии сверхвысокого риска развития психоза

Glenthøj L, Mariegaard L, Fagerlund B et al. Effectiveness of cognitive remediation in the ultra-high risk state for psychosis. *World Psychiatry*. 2020;19(3):401-402.

Лица со сверхвысоким риском (СВР) психоза страдают значительным когнитивным дефицитом, который может препятствовать функциональному восстановлению¹. Благоприятное влияние когнитивной ремедиации на когнитивные способности и функционирование задокументировано у лиц с установленным психозом^{2,3}, но мало что известно о влиянии этого вмешательства на тех, кто находится в СВР по поводу психоза.

Когнитивная ремедиация потенциально может быть более полезной в состоянии СВР психоза, чем на более поздних стадиях заболевания, благодаря потенциалу большей пластичности мозга^{4,5}. По этой же причине, уменьшенные дозы могут быть достаточны для того, чтобы произвести изменение.

Рандомизированное, ослепленное по оценке, параллельное групповое клиническое исследование превосходства под названием FOCUS является до сих пор крупнейшим исследованием, в котором сообщается о возможности и эффективности интенсивной нейрокогнитивной и социальной когнитивной ремедиации в состоянии СВР.

Участники в возрасте 18–40 лет, удовлетворявшие критериям СВР комплексной оценки психических состояний группы СВР (CAARMS), были набраны в фокус – исследовании из психиатрических стационаров и амбулаторных учреждений в подведомственной территории Копенгагена, Дания, с апреля 2014 г. по декабрь 2017 г.⁶

По завершении базовых оценок участники были рандомизированы либо на 20 нед когнитивной ремедиации в качестве дополнения к стандартному лечению (СТЛ+КР), либо только на стандартное лечение (СТЛ). Рандомизация была стратифицирована по текущему использованию антипсихотических препаратов (да/нет) и IQ-баллу (≤ 100 / > 100).

Вмешательство КР включало в себя два часа группового тренинга (один час нейрокогнитивного тренинга с последующим 15-минутным сеансом переходного сеанса и один час социального когнитивного тренинга) один раз в неделю в общей сложности 20 нед. Для этого группового тренинга мы использовали нейропсихологический образовательный

подход к когнитивной ремедиации (NEAR)⁷ и учебные пособия по социальному познанию и взаимодействию (SCIT)⁸. Кроме того, участники получили 12 индивидуальных сеансов с когнитивно-поведенческим форматом, предназначенным для максимального переноса эффекта КР в их повседневную жизнь.

СТЛ состояла из регулярных контактов с медицинскими работниками в стационарных и амбулаторных учреждениях, включающих мониторинг медикаментозного лечения и поддерживающее консультирование, но не когнитивную реабилитацию.

В общей сложности 146 человек с СВР были отнесены либо к СТЛ, либо к СТЛ+КР. Социально-демографические переменные были хорошо сбалансированы между группами. Группа СТЛ+КР посещала в среднем 10,9 \pm 7,6 сеансов когнитивной реабилитации и имела в среднем 11,9 \pm 16,4 ч общей нейрокогнитивной тренировки.

Сравнение между двумя группами непрерывных исходов при прекращении лечения и при 12-месячном наблюдении проводилось с использованием обобщенной линейной модели, скорректированной на стратификационные переменные и исходные дисбалансы, при этом отсутствующие данные обрабатывались множественными ($m=100$) подстановками.

При прекращении лечения мы не обнаружили межгрупповых различий по первичному результату, то есть глобальному нейрокогнитивному индексу, индексированному по сводному баллу оценки когнитивных способностей при шизофрении (BACS) ($b=-0,125$, 95% ДИ: от -0,423 до 0,172, $p=0,41$). Мы также не обнаружили влияния лечения на вторичные исходы, то есть баллы по шкале личностных и социальных показателей (PSP), краткой психиатрической рейтинговой шкале (BPRS-E), шкале оценки негативных симптомов (SANS) и шкале оценки депрессии Мондтгомери-Асберга (MADRS).

Что касается результатов исследования, то мы обнаружили влияние лечения на общий балл латентности теста распознавания эмоций (ERT) и латентность счастья, печали и страха в ERT (b от -152,0 до -226,8; p от 0,01 до 0,002),

причем группа СТЛ+КР продемонстрировала более высокую скорость обработки распознавания эмоций.

При 12-месячном наблюдении, мы обнаружили значительную межгрупповую разницу по Кембриджской нейропсихологической автоматизированной батарее тестов (Кембриджский университет) исполнительного функционирования чулки Кембриджа измерения и парные связать обучение зрительная память измерения ($b=0,759$, $p=0,03$ и $b=-1,98$, $p=0,02$, соответственно), с СТЛ+КР группе показали лучше, чем у СТЛ группы.

Таким образом, вмешательство КР не привело к улучшению глобальных показателей когнитивных функций, функционирования и симптомов в этой выборке испытуемых СВР. Тем не менее, КР может быть недостаточным дозирован для достижения значимых глобальных улучшений, поскольку группа СТЛ+КР посещала в среднем 10,9 сеансов и имела в среднем 11,9 ч нейрокогнитивного тренинга, что составляет примерно половину обычной дозы для людей с первым эпизодом шизофрении.

В то время как интегративный формат КР был разработан для достижения синергетических преимуществ таргетирования как нейрокогнитивного, так и социального познания, наши результаты показывают, что это может быть нежизнеспособным подходом к популяции СВР, которая, как известно, трудно поддается лечению⁹.

Наши исследовательские результаты указывают на улучшение в некоторых областях социального познания и нейрокогнитивного восприятия даже после нескольких сеансов КР, что указывает на потенциал когнитивной пластичности, если люди с СВР могут быть достаточно вовлечены в практику этих навыков.

При вторичном регрессионном анализе социальные когнитивные улучшения (общая латентность распознавания эмоций и баллы предметной области) последовательно предсказывались улучшением базового социального и ролевого функционирования. Это открытие указывает на то, что люди с СВР, лучше функционирующие при установлении диагноза, могут быть более способны извлечь выгоду из вмешательства КР. С другой стороны, большие улучшения в исполнительных функциях и зрительной памяти в 12 мес были предсказаны худшими исходными показателями по этим нейрокогнитивным показателям. Если

эти результаты подтвердятся, то они помогут учесть исходные характеристики пациентов при внедрении КР в популяции с СВР.

Louise B. Glenthøj^{1,2}, Lise S. Mariegaard¹, Birgitte Fagerlund²⁻⁴, Jens R.M. Jepsen^{2,3,5}, Tina D. Kristensen^{1,2}, Christina Wenneberg^{1,2,6}, Kristine Krakauer^{1,2,6}, Alice Medalia⁷, David L. Roberts⁸, Carsten Hjorthøj^{1,9}, Merete Nordentoft^{1,2}

¹Copenhagen Research Centre on Mental Health, Copenhagen University Hospital, Hellerup, Denmark; ²Centre for Clinical Intervention and Neuropsychiatric Schizophrenia Research, Glostrup, Denmark; ³Centre for Neuropsychiatric Schizophrenia Research, Copenhagen University Hospital, Glostrup, Denmark; ⁴Department of Psychology, Copenhagen University, Copenhagen, Denmark; ⁵Child and Adolescent Mental Health Centre, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁶Functional Imaging Unit, Copenhagen University Hospital, Glostrup, Denmark; ⁷Columbia University Irving Medical Center, New York, NY, USA; ⁸Department of Psychiatry, University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX, USA; ⁹Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

Библиография

1. Bolt LK, Amminger GP, Farhall J et al. *Schizophr Res* 2019;206:67-74.
2. Wykes T, Huddy V, Cellard C et al. *Am J Psychiatry* 2011;168:472-85.
3. Bowie CR. *World Psychiatry* 2019;18:274-5.
4. Keshavan MS, Hogarty GE. *Dev Psychopathol* 1999;11:525-43.
5. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R. *World Psychiatry* 2018;17:133-42.
6. Glenthøj LB, Fagerlund B, Randers L et al. *Trials* 2015;16:25.
7. Medalia A, Freilich B. *Am J Psychiatr Rehabil* 2008;11:123-43.
8. Roberts DL, David P, Combs DR. *Social Cognition and Interaction Training (SCIT). Clinician guide*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
9. Farris MS, Devoe DJ, Addington J. *Early Interv Psychiatry* 2019;13:169-80.

DOI:10.1002/wps.20760