

Социальные когнитивные функции при шизофрении

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра психиатрии и медицинской психологии*

В статье рассматривается современное представление о социальных когнитивных функциях при шизофрении. Отмечены особенности эмоционального восприятия у пациентов, больных шизофренией, а также их родственников. Выделены основные направления будущих исследований в данном направлении.

Ключевые слова: шизофрения, социальные когнитивные функции, эмоциональное восприятие.

Изучение социальных когнитивных функций при шизофрении привлекает все больше внимания в последние двадцать лет. За это время большое количество исследований было посвящено нейропсихологическим основам социальных когнитивных функций у здоровых лиц и пациентов, страдающих шизофренией и другими психическими расстройствами. В настоящее время постепенно происходит формирование интегративной модели дисфункции социальных когнитивных функций при шизофрении.

Ухудшение социального функционирования - один из критериев шизофрении (DSM-IV), присутствует также в клинике других психических расстройств (например, биполярного аффективного). Дефицит социального функционирования отмечается на протяжении всего заболевания: во время «первого эпизода», продолжается, несмотря на антипсихотическую терапию, и особенно ярко выражен в исходе болезни. Снижение социального функционирования зачастую очевидно перед развитием психоза как доклинический феномен и выражено у лиц, один из родителей которых страдает от шизофрении, и, таким образом, может являться косвенным эндофенотипическим признаком данного расстройства. В дополнение к вышеперечисленному, ухудшение социального функционирования вносит свой вклад в развитие обострений заболевания [11].

В настоящее время исследование социального функционирования представляет собой одно из наиболее важных направлений в исследовании шизофрении, поскольку позволяет также предполагать, какие из видов помощи данным пациентам (психотерапевтическая, фармакологическая) могут быть наиболее эффективны для улучшения отдаленного прогноза болезни.

Понятие «социальные когнитивные функции».

Определение «социальных когнитивных функций» колеблется от относительно простых («суждение о людях») [Fiske S.T.] до более сложных («способность устанавливать связи между собой и окружающими людьми и использовать эти связи гибко, регулируя свое социальное поведение») [2]. Согласно мнению L.Brothers, социальные когнитивные функции - это психическая деятельность, определяющая взаимодействие в обществе, которая включает способность человека к пониманию желаний, намерений и поведения других людей [4].

Существует необходимость разграничения социальных когнитивных функций от других когнитивных функций. Так, например, у пациентов с поражением фронтальной

или префронтальной коры четко выражено нарушение социального опосредованного поведения и функционирования, несмотря на относительную сохранность таких когнитивных функций как память и способность пользоваться языком. Также диссоциация между базовыми и социальными когнициями очевидна у лиц с просонагнозией, когда снижена способность к восприятию и пониманию выражений лиц, но сохраняется понимание несоциальных стимулов.

Для лучшего понимания процессов, определяющих социальные дисфункции при шизофрении, необходимо уделить особое внимание роли нейрокогнитивных навыков, лежащих в основе социального поведения. Сравнительная оценка базовых когнитивных функций у больных шизофренией, органическими поражениями головного мозга, депрессиями и неврозами, проведенная при компьютерном психофизиологическом исследовании в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, показала, что по снижению когнитивного функционирования, особенно по показателям внимания и оперативной памяти, больные шизофренией уступают только пациентам с органическими поражениями головного мозга, а по некоторым характеристикам (концентрация и переключение внимания) выходят на первое место.

Еще в большей степени, чем базовые информационные процессы (память, внимание и др.), у больных шизофренией нарушаются исполнительные функции - составление и выполнение планов, решение новых проблем, требующих привлечения прежних знаний. Этот факт частично связывают с дефицитом рабочей (оперативной) памяти, которая определяется, как способность сохранять информацию на короткий период, во время которого происходит ее обработка или координация с другими длительными психическими операциями, что в итоге приводит к формированию ответа. Такие специфические дефициты когнитивных функций лимитируют, прежде всего, область реального функционирования больных. Например, пациенты, у которых имеются трудности с вниманием и бдительностью, не способны выработать адекватные социальные навыки, у них затруднено интерперсональное общение, в результате чего они часто оказываются в трудных социальных ситуациях. Проблемы в отношении исполнительных функций связаны с плохими трудовыми навыками [1]. Однако необходимо помнить, что данная связь не является достаточно очевидной, поэтому научные исследования ведутся в направлении поиска более специфичных и общих феноменов, лежащих в основе социального функционирования, и которые отличались бы от традиционных нейрокогнитивных категорий. Термин «социальные когниции» т.о. не связан напрямую с выполнением когнитивных задач, а подразумевает связь с социальным поведением и социальным функционированием.

Социальные когниции при шизофрении.

Изучение социальных когниций при шизофрении базируется на изучении 3 основных областей: эмоционального восприятия, социальных навыков в контексте «Теории разума» («Theory of mind» skills) и атрибутивного стиля.

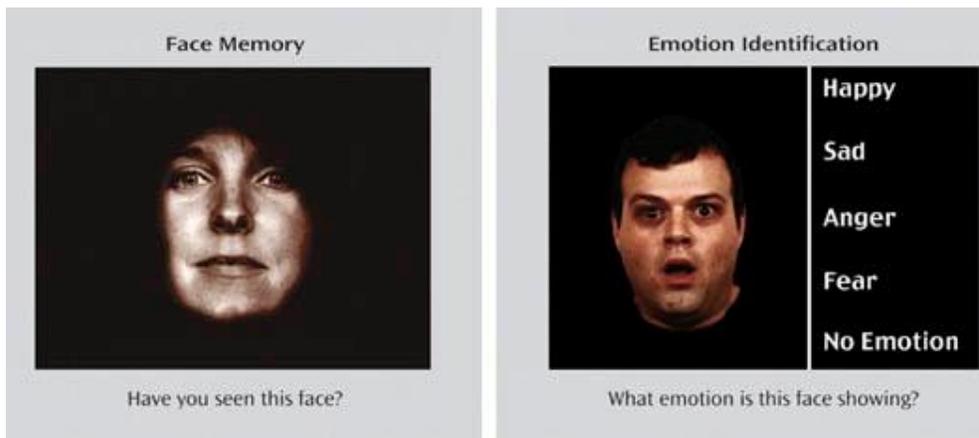
Эмоциональное восприятие (эмоциональное понимание) – это способность получать чувственную информацию (т.е. понимать, что человек чувствует) по выражению лица, интонациям речи или их сочетанию.

Социальные навыки в контексте «theory of mind» представляют собой способность представлять эмоциональное состояние и (или) предполагать намерения собеседника. Они включают в себя понимание неправильных суждений, намеков, намерений, хитрости, обмана, иронии, метафор, «некрасивых поступков». В целом пациенты с шизофренией демонстрируют значительное снижение данных навыков по сравнению со здоровыми [5]. Это снижение не связано с дефицитом базовых когнитивных функций, а также со специфическими симптомами (например, параноидными). Кроме того, у ближайших родственников пациентов также отмечается ухудшение способности реагировать в контексте эмоционального состояния собеседника, что может говорить о наследственном характере данных симптомов.

Аттрибутивный стиль представляет собой интерпретацию «хороших и плохих» событий в жизни. Как правило, люди приписывают себе заслуги за позитивные события, а ответственность за негативные - окружающим. Большинство исследований сфокусировано на атрибутивном стиле пациентов с паранойей и персекуторным (чувственным) бредом. Как правило, данные пациенты склонны обвинять в своих неприятностях в большей степени других людей, чем обстоятельства. Это становится динамическим механизмом для поддержания самоуважения, т.к. приписывание негативных намерений другим поддерживает свой положительный имидж. Однако со временем отрицательное восприятие других людей нарастает, даже несмотря на отсутствие доказательств виновности окружающих. Так, по мнению Bentall et al., потребность в социальной изоляции (избегание неясности и двусмысленности) способствует поддержанию характерного атрибутивного стиля [3]. Т.о., все разнообразие особенностей и нарушений социальных когнитивных навыков, возможно, приводит к параноидным симптомам.

Исследования эмоционального восприятия при шизофрении.

В настоящее время разработано множество инструментов для изучения и оценки дефицита социальных когниций, в том числе и для определения степени нарушений эмоционального восприятия. Лаборатория проблем мозга Пенсильванского университета предлагает нейропсихологическую батарею (PennCNP) для изучения нейропсихологического функционирования. PennCNP позволяет оценить как базовые, так и социальные когнитивные навыки: память на лица, распознавание эмоций, установление тонких различий между эмоциями, определение насыщенности эмоциональных переживаний. Каждая из этих областей оценивается по трем категориям: 1.точность-количество правильных ответов; 2.скорость – медианное время для правильных и неправильных ответов; 3. Эффективность, которая интегрирует оба предыдущих показателя.



Кросс-культуральные исследования, проведенные в США, Германии, Израиле и Индии демонстрируют схожие результаты.

Так, в отношении эмоционального восприятия (т.е. распознавания выражений лиц и интонаций речи) были сделаны следующие выводы:

1. Пациенты с шизофренией хуже понимают выражения лиц по сравнению со здоровыми [7,13].

2. Такой же дефицит обнаруживается и у лиц с другими психическими расстройствами, при которых возможно развитие психотических симптомов (например, биполярное психотическое расстройство)[6].

3. Более выраженное снижение обнаруживается при восприятии негативных эмоций (по сравнению с позитивными)[14].

4. Лонгитудинальные исследования показывают стабильный дефицит эмоционального восприятия, не считая незначительного колебания во время острого психоза по сравнению с периодом ремиссии.

5. Пациенты с шизофренией не способны «читать между строк» (т.е. понимать чувства и предполагать суждения собеседника).

6. Значительное количество больных шизофренией при выполнении заданий на эмоциональное восприятие выражений лиц затрачивают меньше времени, что может быть оценено как поверхностность при зрительном контакте.

7. Нарушение эмоционального восприятия, возможно, является эндофенотипическим маркером шизофрении, т.к. аналогичные особенности выявляются у ближайших родственников пациентов, не страдающих данным заболеванием

8. Анализ ошибок респондентов-больных шизофренией показывает неправильную интерпретацию нейтральных лиц в сторону негативно настроенных, что может быть связано с галлюцинаторными переживаниями и идеями преследования, когда безобидные стимулы от других людей интерпретируются как зловещие и опасные.

9. У пациентов с параноидной шизофренией нарушение эмоционального восприятия выражено более сильно по сравнению с пациентами непараноидных форм. [9,10]

10. Нарушение распознавания выражений лиц связано со снижением социального функционирования и относительная сохранность этой функции может служить оптимистическим прогностическим признаком [8].

Однако на сегодняшний день остаются недостаточно исследованными некоторые проблемы в изучении социальных когний при шизофрении. К

примеру, результаты о взаимосвязи дефицита эмоционального восприятия с клиническими симптомами противоречивы: некоторые исследователи показывают зависимость данного ухудшения от позитивных симптомов [7,15], другие связывают нарушение эмоционального восприятия с негативной симптоматикой [11,13]. Кроме того, существует необходимость изучения следующего вопроса: является ли дефицит эмоционального восприятия стабильным феноменом, своеобразным маркером заболевания, отмечаемым и у здоровых генетических родственников, или он связан с интенсивностью клинических симптомов? Также нуждается в изучении проблема о возможном влиянии антипсихотической терапии на социальное функционирование пациентов.

Таким образом, изучение социальных когний при шизофрении представляется перспективным направлением в современной психиатрии. Подробное изучение данных функций у пациентов на разных стадиях заболевания, в том числе и у предпсихотических больных, а также у их ближайших родственников позволит расширить представления об эндофенотипических маркерах расстройств шизофренического спектра. Кроме того, степень дефицита социального функционирования, возможно, позволит предполагать течение и прогноз болезни.

Литература

1. Аведисова, А. С. Новые возможности улучшения когнитивных функций и социальной адаптации при терапии шизофрении / А. С. Аведисова // Неврология, Педиатрия, качественная клиническая практика. 1987. № 9.
2. Adolphs, R. The neurobiology of social cognition / R. Adolphs // *Curr Opin Neurobiol.* 2001. № 11. P. 231–239.
3. Bentall, R. Persecutory delusions: a review and theoretical integration / R. Bentall [et al.] // *Clin Psychol Rev.* 2001. № 21. P. 1143–1192.
4. Brothers, L. The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain / L. Brothers // *Concept in Neurosci.* 1990. № 1. P. 27–51.
5. Brune, M. "Theory of mind" in schizophrenia: a review of literature / M. Brune // *Schizophr Bull.* 2005. № 31. P. 21–42.
6. Gur, R. C. Facial emotion discrimination: Behavioral findings in depression / R. C. Gur [et al.] // *Psych Resear.* 1992. № 42. P. 241–251.
7. Hall, G. Social cognition and face processing in schizophrenia / G. Hall [et al.] // *The British Journal of Psychiatry.* 2004. № 185. P. 169–170.
8. Ihnen, G. Social perception and social skills in schizophrenia / G. Ihnen [et al.] // *Psych. Res.* 1998. № 80. P. 275–286.
9. Kohler, C. Recognition of facial emotions in schizophrenia / C. Kohler, A. Brennan // *Curr. Opin. Psychiatry.* 2004. № 17. P. 81–86.
10. Mandal, M. Facial expressions of emotion and schizophrenia: a review / M. Mandal, R. Pandey, A. Prasad // *Schizophr. Bull.* 1998. № 24. P. 399–412.
11. Martin, F. Processing emotional expression and facial identity in schizophrenia / F. Martin, J. Baudouin, G. Tiberghien // *Psychiatr. Res.* 2005. № 134. P. 43–53.
12. Pinkham, A. Implications for the Neural Basis of Social Cognition for the Study of Schizophrenia / A. Pinkham [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* 2003. № 160. P. 815–824.

13. Sachs, G. Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia / G. Sachs [et al.] // Schizophr Res. 2004. № 68. P. 27–35.
14. Silver, H. Perception of happy and sad facial expressions in chronic schizophrenia / H. Silver [et al.] // Schizophr. Resear. 2002. № 55. P. 171–177.
15. Weniger, G. Differential impairments of facial affect recognition in schizophrenia subtypes and major depression / G. Weniger, C. Lange, E. Ruther // Psychiatr. Res. 2004. № 128. P. 135–146.