

Бойченко А.А.

ВИКТИМОГЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ВТОРИЧНОЙ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

Современные определения и классификации шизофрении сохраняют приверженность дифференциации психопатологических состояний при данном психическом расстройстве на позитивные и негативные, но с расширением исследовательской базы меняются взгляды как на клинические проявления данных синдромов, так и на их патогенетическую сущность, чувствительность к терапии, клинический прогноз и социальную значимость (в том числе, с точки зрения чувствительности методов социально-личностного восстановления пациентов).

Традиционно негативные (термин «негативные» предложен J.R. Reynolds, 1857) симптомы характеризуют уменьшение или выпадение психических функций, имеющих у здоровых людей (например, амнезия, апатия, деменция и пр.).

При хронической шизофрении более чем у 50% больных диагностируется хотя бы один негативный симптом [1], а после первого эпизода психоза преходящие (персистирующие) негативные расстройства определяются в 11-37% случаев [2]. Нередко продромальная фаза шизофрении проявляется негативными симптомами, что нередко рассматривается как предиктор высокой вероятности развития заболевания [3]. Негативные симптомы существенно ухудшают качество жизни и уровень социального функционирования больных шизофренией [4], при их наличии динамика заболевания характеризуется более редкими и некачественными ремиссиями [5], они плохо поддаются лечению современными антипсихотиками [6].

Международное пилотажное исследование шизофрении [7] определило негативные симптомы как самостоятельный домен с собственными патофизиологическими и терапевтическими особенностями. Выделенные в результате данного исследования группы

негативных симптомов (эмоциональное приглушение, апатия, нарушения мышления) в последующем были дополнены амотивационным синдромом, под которым понималось снижение целенаправленного поведения, целенаправленной когнитивной деятельности и эмоционального сопровождения [8].

Развитие концепции негативной шизофрении привело к введению понятия первичных негативных симптомов [7], под которыми понимались проявления эмоционально-волевого дефекта у пациентов с продуктивной симптоматикой, то есть связанные с основной патологического процесса нестойкие (продолжительностью менее 1 года) и стойкие (продолжительностью более года, трансформирующиеся в дефицитарные) негативные проявления. При этом под вторичными негативными симптомами понимались феномены, связанные с текущим состоянием больного или его терапией (обратимые, вследствие депрессии, лекарственного паркинсонизма, перегрузки продуктивными симптомами или гипостимуляции окружающей среды). К основным клиническими проявлениями негативного симптомокомплекса были отнесены: аффективное уплощение (ограниченный аффект, соответствующий наблюдаемому поведению), снижение эмоционального репертуара (уменьшение диапазона субъективных эмоциональных переживаний пациента), бедность речи, сужение круга интересов, потеря мотивации и снижение социального драйва с социальным избеганием [9, 10].

Введение в практику психиатрии антипсихотиков второго поколения, позиционировавшихся как средства, оказывающие терапевтическое влияние на негативную симптоматику при шизофрении, не оправдали возлагавшихся на них надежд. В связи с этим Национальным институтом психического здоровья США (NIMH) выработан так называемый NIMH-

consensus, согласно которому: негативные симптомы представляют собой отдельную область показаний для терапии; негативные симптомы и когнитивные нарушения относятся к отдельным доменам; негативные симптомы имеют очевидную валидность в связи с утратой функционирования и снижением качества жизни; негативные симптомы разделяются на первичные и вторичные; выделяется 5 доменов негативных симптомов, относящихся к разным нейробиологическим субстратам и являющиеся отдельными мишенями терапии. К выделенным доменам негативных симптомов отнесены: коммуникации (алогия - ограниченная, бедная речь, даже при стимуляции беседы ответы ограничиваются 1-2 словами, длинные паузы между вопросом и ответом, расплывчатая, требующая уточнения речь, бормотание при трудности формулирования ответа); аффект/эмоциональность (аффективное уплощение - ограниченный диапазон эмоциональных переживаний (гнев, счастье, печаль, удивление, страх, гордость), снижение аффективной выразительности в виде монотонности речи и притупления способности отображать общие аффективные состояния по запросу); социализация (асоциальность - снижение социального влечения, интереса и вовлеченности в отношения); способность испытывать удовольствие (ангедония - снижение способности испытывать удовольствие, предыдущие интересы и увлечения считаются не приносящими удовольствия); мотивация (амотивация/безволие - снижение желания, мотивации, настойчивости в виде вялости, бессилия, снижения жестикуляции, отсутствия заботы о базовом уходе и гигиене). Основной целью исследований в данной области была определена оценка не поведенческих и социальных проявлений, а ключевых психологических процессов, лежащих в основе образования негативных симптомов, как первичных, так и вторичных [11].

Таким образом, негативные симптомы (Клиническое интервью для оценки негативных симптомов CAINS) определяются как отсутствие или уменьшение субъективных переживаний и поведения, которые в норме есть у человека той же культуры [12]. Негативные симптомы включают дефицит, связанный с опытом и переживаниями (снижение стремления к близким отношениям, снижение мотивации и снижение удовольствия) и дефицит выразительности (снижается видимая

выразительность эмоций и речи). Негативные симптомы шизофрении – современная интерпретация апато-абулического синдрома, но с возможностью более дифференцированной клинической оценки, однако с подменой терминологии (так, понятие «аутизм» не используется в качестве симптома шизофрении, а заменено на «асоциальность» и «малоконтактность»).

Как было показано еще W.T. Jr. Carpenter и соавт. (1988), основными источниками вторичных негативных симптомов являются вызванная лекарственными средствами акинезия, депрессия, психотические симптомы, социальная депривация и хроническое течение [9]. В настоящее время, выделяется гораздо большее количество внешних факторов, приводящих к формированию или усугубляющих вторичную негативную симптоматику. К ним относят, помимо перечисленных, стигматизацию, госпитализм, экологический ущерб, боль, апноэ во сне, медикаментозную седацию, стресс, бессонницу [13].

Проблемой остается, во-первых, дифференциации первичных от вторичных негативных симптомов при шизофрении, во-вторых, оценка влияния провоцирующих развитие вторичной негативной симптоматики факторов. Если оценкам влияния побочных эффектов лекарственных средств, депрессии, психотических симптомов, употребления психоактивных веществ на формирования вторичных негативных симптомов посвящено достаточно большое количество исследований [14], то социальная депривация как фактор, усугубляющий негативные проявления шизофрении, в большей мере декларируется, чем исследуется [15].

С нашей точки зрения, виктимизация больных шизофренией как мощный дезорганизующий личность пациента фактор, психологические и патопсихологические механизмы ее формирования, могут способствовать возникновению и углублению вторичной негативной симптоматики, а ее исследование согласуется с приоритетными направлениями развития современной психиатрии.

Цель исследования – дифференцированная оценка негативной симптоматики у больных с разным уровнем виктимизации для определения влияния виктимности на формирование и выраженность негативного симптомокомплекса у больных параноидной шизофренией.

Материал и методы исследования

Исследование негативной симптоматики проводилось путем обследования 150 респондентов в возрасте от 19 до 63 лет, с установленным согласно диагностическим критериям МКБ-10 диагнозом «параноидная шизофрения», проходивших стационарное лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице, г. Донецк в 2018-2020 гг. Распределение обследованных по полу: мужчин – 87 чел. (58%), женщин – 63 чел. (42%). В исследование включались пациенты с длительностью заболевания не более 10 лет, в состоянии после купирования острой продуктивной симптоматики, давшие согласие на участие в исследовании и получавшие стандартную терапию антипсихотиками.

Для оценки степени виктимизации использовался авторский опросник, включавший 15 утверждений, адресованных к различным сторонам и механизмам виктимогенного процесса. При конструировании опросника учитывались все внешние и внутренние факторы, составляющие виктимогенную среду. Содержание опросника, состоящего из 15 утверждений, предусматривающих ответы «да» и «нет», давало возможность оценить уровень субъективных переживаний больным себя как жертвы неблагоприятных условий социализации. Положительные ответы оценивались в 1 балл, отрицательные – 0 баллов. Согласно методу, используемому Lysaker и соавт. (2007) [16], обследованные пациенты были разделены на две группы: основная группа (100 чел. – 66,7%) – виктимизированные больные (4 – 15 баллов согласно опроснику) и группа сравнения (50 чел. – 33,7%) – невиктимизированные больные (0 – 3 балла). Виктимизированные больные были разделены на три группы: группа I – легкая степень виктимизации (4 – 7 баллов, 30 больных), группа II – умеренная степень (8 – 11 баллов, 45 чел.) и группа III – тяжелая (12 – 15 баллов, 25 чел.).

Для количественной оценки профиля негативных симптомов заболевания использовалась клиническая рейтинговая шкала SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) [17, 18], позволяющая оценить структуру и выраженность негативной психопатологической симптоматики. С помощью шкалы, состоящей из 30 пунктов и предусматривающей оцениваемые от 0 до 5 баллов шесть ответных категорий, определялись глобальные оценки по субшкалам Аффективная уплощенность

и притупленность, Алогия, Абулия/апатия, Ангедония/Асоциальность, Нарушения внимания, а также выраженность негативной симптоматики по сумме баллов глобальных оценок SANS.

Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat». При изучении динамики изменения показателя использовался критерий Краскала-Уоллиса (закон распределение отличался от нормального). Для выявления связи между признаками применялись методы корреляционного анализа. Поскольку распределение отличалось от нормального, использовался показатель ранговой корреляции Спирмена. При отличии расчетного значения коэффициента корреляции от 0 на уровне значимости $p < 0,05$, принималась гипотеза о наличии между изучаемыми признаками линейной корреляционной связи.

Результаты исследования и их обсуждение

В соответствии с целью настоящего исследования был проведен анализ выраженности и симптоматической представленности негативной симптоматики у виктимизированных больных параноидной шизофренией в сравнении с пациентами без выраженной виктимизации. В таблице 1 представлено распределение обследованных больных шизофренией в зависимости от степени выраженности негативной симптоматики.

Так, в основной группе виктимизированных пациентов с шизофренией у наибольшего количества больных (54 чел. – 54%) негативная симптоматика имела высокую степень выраженности, что проявлялось выраженными симптомами эиоционально-мотивационного дефицита. В группе сравнения отсутствовали невиктимизированные больные имевшие высокую степень выраженности негативных симптомов. Большинство из виктимизированных пациентов характеризовались значительным снижением энергетического потенциала с обеднением мимики, моторики, эмоций и речи, сопровождалось снижением социальной активности и продуктивности, затруднениями в установлении социальных контактов, социальной отгороженностью, нарушениями внимания и ангедонией. Средняя степень выраженности негативной симптоматики, имевшая место у 38 больных (38%) основной группы и 8 пациентов (16%) группы сравнения, проявлялась также эмоциональ-

Распределение больных параноидной шизофренией по степени выраженности негативных симптомов (сумма баллов глобальных оценок SANS) в зависимости от степени виктимизации

Степень выраженности симптомов	Количество больных (абс. (%))	
	Основная группа (n=100)	Группа сравнения (n=50)
Низкая (до 30 баллов)	8 (8%)	42 (84%)
Средняя (30-60 баллов)	38 (38%)	8 (16%)
Высокая (свыше 60 баллов)	54 (54%)	0

но-мотивационным обеднением с умеренно выраженной ангедонией-асоциальностью, но сопровождалась относительно сохранным субъективным оцениванием имеющихся нарушений, особенно в отношении социальной активности и способности устанавливать социальные контакты. Группа сравнения отличалась преобладанием больных с низкой степенью выраженности негативной симптоматики (42 чел. - 84%), в то же время среди виктимизированных пациентов эта группа была представлена наименьшим количеством респондентов (8 чел. – 8%). Эмоции, поведение, речь таких больных носили характер монотонности, что в некоторой степени влияло на уровень их социальной активности, но, благодаря осознанию недостаточности, не сопровождалось полным отчуждением и выраженной ангедонией. Таким образом, нарастание степени выраженности негативной симптоматики у виктимизированных больных шизофренией при отсутствии подобной закономерности в отсутствие виктимизации, позволяет предполагать, что виктимогенные механизмы у пациентов с шизофренией тесно связаны с эмоционально-мотивационной сферой и участвуют в формировании и усугублении негативной симптоматики.

Анализ структуры и степени выраженности негативных симптомов у виктимизированных и невиктимизированных больных параноидной шизофренией (табл. 2) позволил выявить большую выраженность негативной симптоматики у пациентов с виктимностью. Так, виктимизированные больные характеризовались большей выраженностью аффективного уплощения ($9,42 \pm 0,85$ при усредненном показателе в группе сравнения $5,92 \pm 1,22$), что проявлялось избеганием контакта взглядом, обеднением мимики, выразительности моторики и эмоций вплоть до уплощения аффекта,

монотонностью, снижением выразительности речи. При этом субъективное ощущение потери эмоций было более характерным для невиктимизированных пациентов. Основная группа больных также характеризовалась большей выраженностью алогии ($4,64 \pm 0,43$) в сравнении с пациентами без виктимности ($2,75 \pm 0,73$). Бедность речевой продукции проявлялась и обеднением словарного запаса и тематики разговора, и замедленным темпом речи, и обрывами мыслей, однако в группе виктимизированных больных лишь некоторые тяготились данными симптомами, субъективная оценка речевых нарушений была больше представлена у пациентов группы сравнения.

Статистически достоверными ($p < 0,05$) были различия между сравниваемыми группами по показателю абулия-апатия ($4,91 \pm 0,4$ у виктимизированных больных, $2,5 \pm 0,81$ – у пациентов группы сравнения). Несмотря на то, что все обследованные больные были достаточно сохранными в уходе за собой, следили за своим внешним видом, абулия-апатия при нарастании виктимизации проявлялась снижением физического энергетического потенциала с соответствующим снижением продуктивности в работе или учебе. Субъективная оценка апато-абулических нарушений была в большей мере сохранена у невиктимизированных больных группы сравнения.

Феномен асоциальности-ангедонии статистически достоверно ($p < 0,05$) более выраженным был при нарастании степени виктимизированности ($5,41 \pm 0,54$ у больных основной группы, $2,42 \pm 1,28$ – в группе сравнения). Виктимизированные пациенты проявляли большую отчужденность, социальную отгороженность и аутизацию в отношениях с родными и окружающими, что сопровождалось снижением способности к получению и

Таблица 2

**Структура и выраженность негативных симптомов у больных параноидной шизофренией
в зависимости от наличия виктимизации**

Симптомы	Усредненный показатель выраженности симптомов (SANS)		p
	Основная группа	Группа сравнения	
Аффективное уплощение	9,42±0,85	5,92±1,22	0,21
Алогия (бедность речевой продукции)	4,64±0,43	2,75±0,73	0,14
Абулия-апатия	4,91±0,4	2,5±0,81	0,03*
Ангедония-асоциальность	5,41±0,54	2,42±1,28	0,015*
Нарушение внимания	3,6±0,32	1,33±0,62	0,009**

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$;

** - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,01$.

предвосхищению удовольствия от свободного времени, от сексуальных, интимных и близких отношений. Субъективное осознание ангедонии-асоциальности также оказывалось более присущим невиктимизированным больным.

Нарушения внимания, оцениваемые в методике SANS, нами рассматривались в контексте негативной симптоматики в то время как многие исследователи относят патологию внимания к когнитивным нарушениям при шизофрении [12]. Выраженность нарушения внимания была более выраженной в группе виктимизированных больных - $3,6 \pm 0,32$, в группе сравнения - $1,33 \pm 0,62$ (различия между группами статистически достоверны, $p < 0,01$). Это проявлялось большей выраженностью у

пациентов основной группы невнимательностью, отвлекаемостью, повышенной переключаемостью как в контакте (по описаниям медицинского персонала и наблюдению во время исследования), так и при психологическом тестировании. Субъективное восприятие снижения концентрации внимания было выражено примерно одинаково в обеих группах больных и являлось наиболее часто встречающейся жалобой обследованных пациентов.

Анализ структуры и выраженности негативной симптоматики виктимизированных больных параноидной шизофренией представлен в таблице 3.

Как видно из приведенной таблицы, нарастание выраженности негативной симптоматики имело место по мере утяжеления

Таблица 3

**Структура и выраженность негативных симптомов у больных параноидной шизофренией
с разной степенью виктимизации**

Симптомы	Усредненный показатель выраженности симптомов (SANS)			p
	Основная группа			
	Группа I	Группа II	Группа III	
Аффективное уплощение	8,57±1,52	9,74±1,36	9,91±1,48	0,44
Алогия (бедность речевой продукции)	3,86±0,7	4,88±0,69	5,19±0,88	0,03*
Абулия-апатия	3,68±0,58	5,29±0,65	5,81±0,83	0,04*
Ангедония-асоциальность	4,47±1,03	5,71±0,81	6,05±1,05	0,04*
Нарушение внимания	3,04±0,63	3,98±0,48	3,62±0,58	0,26

Примечание: * - различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$.

**Корреляционный анализ показателей негативной симптоматики и степени
виктимизации больных параноидной шизофренией
(шкала SANS, опросник «Определение степени виктимизации»)**

Показатель	Степень виктимизации
Аффективное уплощение	0,145
Алогия (бедность речевой продукции)	0,216*
Абулия-апатия	0,306**
Ангедония-асоциальность	0,279**
Нарушение внимания	0,281**
Общий показатель	0,25**

Примечание: * - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,05$;

** - показатель корреляции статистически значимо отличается от 0, $p < 0,01$.

виктимности больных шизофренией. При этом, если нарушение внимания находилось примерно на одном уровне в группах пациентов с легкой, умеренной и тяжелой степенью виктимизации ($3,04 \pm 0,63$, $3,98 \pm 0,48$ и $3,62 \pm 0,58$ соответственно), а нарастание признаков аффективного уплощения было статистически не значимым ($p > 0,05$) в выделенных группах виктимизированных больных, то феномены алогии, абулии-апатии и ангедонии-асоциальности статистически достоверно ($p < 0,05$) становились более выраженными по мере нарастания виктимизации обследованных пациентов. Так, у больных с легкой степенью виктимизации алогия проявлялась замедлением темпа мышления, снижением спонтанности в беседе ($3,86 \pm 0,7$), абулия-апатия субъективно переживалась больными как снижение физического энергетического потенциала ($3,68 \pm 0,58$), ангедония-асоциальность характеризовалась охлаждением во взаимоотношениях с окружающими, погруженностью в мир собственных переживаний, утратой интереса к хобби и другой досуговой активности ($4,47 \pm 1,03$). У пациентов группы II с умеренной степенью виктимизации наблюдалось усугубление описанных у больных предыдущей группы негативных симптомов: алогия ($4,88 \pm 0,69$) проявлялась не только брадифренией, но и обеднением тематики разговора, стереотипным проговариванием имеющихся проблем без попытки их разрешения хотя бы на вербальном уровне; абулия-апатия ($5,29 \pm 0,65$) характеризовалась снижением продуктивности в работе или учебе наряду с нарастанием снижения энергетического потенциала; ангедония-асоциальность

($5,71 \pm 0,81$) описывалась как аутизация со снижением способности чувствовать интимность и близость. Негативная симптоматика у больных с тяжелой степенью виктимизации, помимо аффективного уплощения, нарушений внимания и описанных выше симптомов в сфере алогии характеризовалась большей или меньшей степенью выраженности обеднения словарного запаса, периодически возникающими шперрунками ($5,19 \pm 0,88$); в сфере абулии-апатии – нарастанием непродуктивности в различных видах деятельности вплоть до отсутствия мотивации к уходу за собой ($5,81 \pm 0,83$); в сфере ангедонии-асоциальности – отчужденностью, утратой интереса к окружающим (в некоторых случаях – и утратой сексуального интереса) и неспособностью получать или ожидать удовольствие от событий или деятельности ($6,05 \pm 1,05$).

Корреляционный анализ показателей негативной симптоматики и степени виктимизации обследованных больных параноидной шизофренией (табл. 4) показал наличие достоверных ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) положительных корреляций между степенью виктимности и алогией ($r = 0,216$), абулией-апатией ($r = 0,306$), ангедонией-асоциальностью ($r = 0,279$), нарушением внимания ($r = 0,281$), а также общим показателем негативной симптоматики ($r = 0,25$), что позволяет рассматривать виктимизацию как фактор, участвующий в формировании вторичной негативной симптоматики у больных шизофренией.

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено взаимное влияние негативных симптомов шизофрении и степени виктимизированности обследо-

ных больных. Так, установлено, что в группе виктимизированных больных преобладают пациенты с умеренной и выраженной негативной симптоматикой. Показатели выраженности большинства негативных симптомов (в сфере абулия-апатия, ангедония-асоциальность, нарушение внимания) статистически достоверно ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) выше в группе виктимизированных пациентов с шизофренией в сравнении с группой невиктимизированных больных. Нарастание степени выраженности виктимизации сопровождается утяжелением и расширением спектра негативных феноменов в сферах алогия, абулия-апатия и ангедония-асоциальность (различия между группами больных с различной степенью виктимизации статистически достоверны, $p < 0,05$). Наличие достоверных тесных поло-

жительных корреляционных связей между степенью виктимизации и выраженностью негативной симптоматики (как общим показателем по шкале SANS, так и показателями в сферах алогии, абулии-апатии, ангедонии-асоциальности и нарушений снмания) позволяет рассматривать виктимизацию как социально-психологический фактор, усугубляющий негативную симптоматику, способствующий формированию вторичных негативных симптомов шизофрении. Полученные данные являются основанием для исследования механизмов виктимизации для разработки психокоррекционных тактик, использование которых может способствовать сглаживанию, уменьшению выраженности вторичных негативных симптомов у больных параноидной шизофренией.

Бойченко А.А.

ВИКТИМОГЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ВТОРИЧНОЙ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, ДНР

Цель исследования: дифференцированная оценка негативной симптоматики у больных с разным уровнем виктимизации для определения влияния виктимности на формирование и выраженность негативного симптомокомплекса у больных параноидной шизофренией.

Материал и методы исследования. Исследование негативной симптоматики проводилось путем обследования 150 респондентов в возрасте от 19 до 63 лет, с установленным согласно диагностическим критериям МКБ-10 диагнозом «параноидная шизофрения», проходивших стационарное лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице, г. Донецк в 2018-2020 гг. Для оценки степени виктимизации использовался авторский опросник, включавший 15 утверждений, адресованных к различным сторонам и механизмам виктимогенного процесса. Обследованные пациенты были разделены на две группы: основная группа (100 чел. – 66,7%) – виктимизированные больные (4 – 15 баллов согласно опроснику) и группа сравнения (50 чел. – 33,7%) – невиктимизированные больные (0 – 3 балла). Для количественной оценки профиля негативных симптомов заболевания использовалась клиническая рейтинговая шкала SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms). Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработке «MedStat».

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что в группе виктимизированных больных преобладают пациенты с умеренной и выраженной негативной симптоматикой. Показатели выраженности большинства негативных симптомов (в сфере абулия-апатия, ангедония-асоциальность, нарушение внимания) статистически достоверно ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) выше в группе виктимизированных пациентов с шизофренией в сравнении с группой невиктимизированных больных. Нарастание степени выраженности виктимизации сопровождается утяжелением и расширением спектра негативных феноменов в сферах алогия, абулия-апатия и ангедония-асоциальность (различия между группами больных с различной степенью виктимизации статистически достоверны, $p < 0,05$). Наличие достоверных тесных положительных корреляционных связей между степенью виктимизации и выраженностью негативной симптоматики (как общим показателем по шкале SANS, так и показателями в сферах алогии, абулии-апатии, ангедонии-асоциальности и нарушений снмания) позволяет рассматривать виктимизацию как социально-психологический фактор, усугубляющий негативную симптоматику, способствующий формированию вторичных негативных симптомов шизофрении.

Выводы. В результате проведенного исследования было установлено взаимное влияние негативных симптомов шизофрении и степени виктимизированности обследованных больных. Полученные данные являются основанием для исследования механизмов виктимизации для разработки психокоррекционных тактик, использование которых может способствовать сглаживанию, уменьшению выраженности вторичных негативных симптомов у больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, виктимизация, вторичная негативная симптоматика

Boychenko A.A.

VICTIMOGENIC APPROACH TO EVALUATION OF SECONDARY NEGATIVE SYMPTOMS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Objective: a differentiated assessment of negative symptoms in patients with different levels of victimization to determine the impact of victimization on the formation and severity of the negative symptom complex in patients with paranoid schizophrenia.

Material and research methods. The study of negative symptoms was carried out by examining 150 respondents aged 19 to 63 years, with a diagnosis of paranoid schizophrenia established in accordance with the ICD-10 diagnostic criteria, who were hospitalized in the Republican Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk in 2018-2020. To assess the degree of victimization, the author's questionnaire was used, which included 15 statements addressed to various parties and mechanisms of the victimogenic process. The examined patients were divided into two groups: the main group (100 people - 66.7%) - victimized patients (4 - 15 points according to the questionnaire) and the comparison group (50 people - 33.7%) - non-victimized patients (0 - 3 points). The SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms) clinical rating scale was used to quantify the profile of negative disease symptoms. Statistical processing of the obtained data was carried out in the statistical processing package "MedStat".

Research results and discussion. It was established that in the group of victimized patients, patients with moderate and severe negative symptoms predominate. The severity of the majority of negative symptoms (in the field of abulia-apathy, anhedonia-asociality, impaired attention) is statistically significantly ($p < 0.05$ and $p < 0.01$) higher in the group of victimized patients with schizophrenia compared with the group of non-victimized patients. Increasing severity of victimization is accompanied by a worsening and widening of the spectrum of negative phenomena in the areas of alogia, abulia-apathy and anhedonia-asociality (the differences between groups of patients with different degrees of victimization are statistically significant, $p < 0.05$). The presence of reliable close positive correlations between the degree of victimization and the severity of negative symptoms (both a general indicator on the SANS scale and indicators in the fields of alogia, abulia-apathy, anhedonia-asociality, and withdrawal disorders) allows us to consider victimization as a socio-psychological factor that exacerbates the negative symptoms that contribute to the formation of secondary negative symptoms of schizophrenia.

Conclusions. As a result of the study, the mutual influence of the negative symptoms of schizophrenia and the degree of victimization of the examined patients was established. The data obtained are the basis for the study of victimization mechanisms for the development of psycho-correction tactics, the use of which can help smooth out, reduce the severity of secondary negative symptoms in patients with paranoid schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, victimization, secondary negative symptoms

Литература

1. Bobes J., Arango C., Garcia M. et al. Prevalence of Negative Symptoms in Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders Treated With Antipsychotics in Routine Clinical Practice: Findings From the CLAMORS Study. *J Clin Psychiatry*. 2009; 71 (3): 280–286.
2. Galderisi S., Mucci A., Bitter I. et al. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: Results from the European First Episode Schizophrenia Trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013; 23 (3): 196–204.

3. 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. *J Psychiatr Res.* 2013; 47: 783–790.
4. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.* 2010; –110 (6): 4–11.
5. Kirkpatrick B. Developing Concepts in Negative Symptoms: Primary vs Secondary and Apathy vs Expression. *J Clin Psychiatry.* 2014; 75: 3–7.
6. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э. Психотерапия шизофрении. В кн. Психиатрия: Национальное руководство. Под ред. Незнанова Н.Г., Александровского Ю.А. М.: ГЭОТАР Медиа; 2018: 299–328.
7. Carpenter W.T., Jr.; Bartko, J.J., Carpenter, C.L., Strauss J.S. Another view of schizophrenic subtypes. *Archives of General Psychiatry.* 1976; 33: 508–516.
8. Foussias G., Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin.* 2010; 36 (2): 359–369.
9. Carpenter WT, Jr, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondescript forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry.* 1988; 145: 578–583.
10. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT, Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58: 165–171.
11. Kirkpatrick B., Fenton W.S., Carpenter W.T. Jr. et al. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull.* 2006; 32 (2): 214–219.
12. Blanchard J.J., Kring A.M., Horan W.P., Gur R. Toward the next generation of negative symptom assessments: the collaboration to advance negative symptom assessment in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2011; 37 (2): 291–299.
13. Мосолов С.Н., Ялтонская П.А. Развитие концепции, классификация и клиническая дифференциация негативных симптомов при шизофрении. Современная терапия психических расстройств. 2020; 1: 2–14. URL: <https://psypharma.ru/ru/razvitie-koncepcii-klassifikaciya-i-klinicheskaya-differenciaciya-negativnyh-simptomov-pri#> (дата обращения 14.03.2020). doi:10.21265/PSYPH.2020.15.30.001
14. Kirschner M. et al. Secondary negative symptoms — A review of mechanisms, assessment and treatment. *Schizophr Res.* 2017; 186: 29–38. doi: 10.1016/j.schres.2016.05.003.
15. Correll C.U., Schooler N.R. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020; 16: 519–534. doi: 10.2147/NDT.S225643
16. Chan T.F., Li H., Lysaker M., Tai X.-Ch. Level Set Method for Positron Emission Tomography. *Mathematics in Biomedical Imaging.* 2007; 2007: 1–15. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2266822/> (дата обращения 14.03.2020).
17. Andreasen Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City, University of Iowa, 1984 Google Scholar.
18. Andreasen N.C. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1982; 39 (7): 784–788.

References

1. Bobes J., Arango C., Garcia M. et al. Prevalence of Negative Symptoms in Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders Treated With Antipsychotics in Routine Clinical Practice: Findings From the CLAMORS Study. *J Clin Psychiatry.* 2009; 71 (3): 280–286.
2. Galderisi S., Mucci A., Bitter I. et al. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: Results from the European First Episode Schizophrenia Trial. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013; 23 (3): 196–204.
3. 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. *J Psychiatr Res.* 2013; 47: 783–790.
4. Mosolov S.N. Nekotorye aktual'nye teoreticheskie problemy diagnostiki, klassifikatsii, neirobiologii i terapii shizofrenii: sravnenie zarubezhnogo i otechestvennogo podkhodov [Some relevant theoretical

- problems in the diagnosis, classification, neurobiology and therapy of schizophrenia: a comparison of foreign and domestic approaches]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni C.C. Korsakova*. 2010; –110 (6): 4–11 (in Russian).
5. Kirkpatrick B. Developing Concepts in Negative Symptoms: Primary vs Secondary and Apathy vs Expression. *J Clin Psychiatry*. 2014; 75: 3–7.
 6. Mosolov S.N., Tsukarzi E.E. Psikhofarmakoterapiya shizofrenii [Psychopharmacotherapy of schizophrenia]. V kn. *Psikhiatriya: Natsional'noe rukovodstvo*. Pod red. Neznanova N.G., Aleksandrovskogo Yu.A. Moscow: GEOTAR Media; 2018: 299–328 (in Russian).
 7. Carpenter W.T., Jr.; Bartko, J.J., Carpenter, C.L., Strauss J.S. Another view of schizophrenic subtypes. *Archives of General Psychiatry*. 1976; 33: 508–516.
 8. Foussias G., Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin*. 2010; 36 (2): 359–369.
 9. Carpenter WT, Jr, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry*. 1988; 145: 578–583.
 10. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT, Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58: 165–171.
 11. Kirkpatrick B., Fenton W.S., Carpenter W.T. Jr. et al. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull*. 2006; 32 (2): 214–219.
 12. Blanchard J.J., Kring A.M., Horan W.P., Gur R. Toward the next generation of negative symptom assessments: the collaboration to advance negative symptom assessment in schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2011; 37 (2): 291–299.
 13. Mosolov S.N., Yaltonskaya P.A. Razvitie kontseptsii, klassifikatsiya i klinicheskaya differentsiatsiya negativnykh simptomov pri shizofrenii [Concept development, classification and clinical differentiation of negative symptoms in schizophrenia]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*. 2020; 1: 2–14. Available at: <https://psypharma.ru/ru/razvitie-koncepcii-klassifikatsiya-i-klinicheskaya-differentsiatsiya-negativnykh-simptomov-pri#> (accessed: 14.03.2020). doi:10.21265/PSYPH.2020.15.30.001 (in Russian).
 14. Kirschner M. et al. Secondary negative symptoms — A review of mechanisms, assessment and treatment. *Schizophr Res*. 2017; 186: 29–38. doi: 10.1016/j.schres.2016.05.003.
 15. Correll C.U., Schooler N.R. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020; 16: 519–534. doi: 10.2147/NDT.S225643
 16. Chan T.F., Li H., Lysaker M., Tai X.-Ch. Level Set Method for Positron Emission Tomography. *Mathematics in Biomedical Imaging*. 2007; 2007: 1–15. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2266822/> (accessed: 14.03.2020).
 17. Andreasen Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City, University of Iowa, 1984 Google Scholar.
 18. Andreasen N.C. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1982; 39 (7): 784–788.

Поступила в редакцию 02.05.2020