



**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ  
ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ  
ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО  
СПЕКТРА**

**Солиев Д.М., Далимова С.А.**

*Кафедра психиатрии, наркологии,  
медицинской психологии и с курсом психотерапии  
Андижанский государственный медицинский институт*

**Резюме:** Данная статья посвящена заболеванию шизофрения, которое является одной из актуальных проблем современной психиатрии. В статье дана оценка современным аспектам изучения проблемы негативных нарушений при патологиях эндогенных процессов как актуальной исследовательской задачи. Если дефект при прогрессирующей шизофрении был изучен в значительной степени, то структура дефицитарных расстройств при расстройствах шизофренического спектра нуждается в дальнейшем изучении.

Данная статья дает представление об особенностях негативного синдрома, появление и неприятие которого считается основным симптомом шизофрении.

**Ключевые слова:** негативные расстройства, шизофрения, психические расстройства, расстройства шизофренического спектра.

**SHIZOFRENIYA VA SHIZOFRENİK SPEKTR BUZILISHLARIDA  
NEGATIV SIMPTOMLARNI O‘RGANISHGA QARATILGAN TA’LIM  
YONDASHUVLARINING SAMARADORLIGINI TAHLIL QILISH**

**Soliev D.M., Dalimova S.A.**



*Psixiatriya, narkologiya, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kursi  
kafedrası*

*Andijon davlat tibbiyot instituti*

*Ushbu maqola zamonaviy psixiatriyaning dolzarb masalalaridan bo'lgan shizofreniya kasalligiga bag'ishlangan. Maqolada endogen jarayonli patologiyalarda negativ buzilishlar muammosining zamonaviy o'rganish jihatlari dolzarb tadqiqot vazifa sifatida baholangan. Agar progressiv shizofreniyadagi nuqson sezilarli darajada o'rganilgan bo'lsa, unda shizofreniya spektri kasalliklarida defisit buzilishlarining tuzilishi qo'shimcha tekshiruvga muhtoj.*

*Ushbu maqolada shizofreniyaning asosiy alomati hisoblangan salbiy sindromning xususiyatlari, uning paydo bo'lishi va rad etilishi haqida fikr keltirilgan.*

***Kalit so'zlar:** negativ buzilishlar, shizofreniya, ruhiy buzilishlar, shizofreniya spektriga ega bo'lgan buzilishlar.*

**ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL  
APPROACHES TO THE STUDY OF NEGATIVE SYMPTOMS IN  
SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS**

*Soliev D.M., Dalimova S.A.*

*Department of Psychiatry, Narcology,*

*Medical Psychology and with a course of psychotherapy*

*Andijan State Medical Institute*

***Resume:** This article is devoted to the disease schizophrenia, which is one of the urgent problems of modern psychiatry. The article assesses the modern aspects of studying the problem of negative disorders in pathologies of endogenous processes as an urgent research task. If the defect in progressive schizophrenia has been studied to a significant extent, then the structure of deficiency disorders in schizophrenic spectrum disorders needs further study.*



*This article gives an idea of the features of the negative syndrome, the appearance and rejection of which is considered the main symptom of schizophrenia.*

**Keywords:** *negative disorders, schizophrenia, mental disorders, schizophrenic spectrum disorders.*

**Актуальность.** Современная психопатология негативных расстройств опирается на длительный исторический опыт, заложенный еще в донозологический период[2]. По утверждению J. Jackson, негативные симптомы отражают «выпадение» рефлексов на уровне высших когнитивных, эмоциональных и психологических функций, в то время как позитивные представляют собой «феномен высвобождения» (т.е. они вторичны по отношению к первичным — негативным расстройствам — А.С.) и лишь искажают или гиперболизируют нормальное функционирование[5].

Доля негативных расстройств при всех основных типах течения шизофрении (шубообразная, рекуррентная, непрерывная, исключая параноидную)<sup>2</sup> составляет 29—40% [1,6].

При этом негативная симптоматика отличается стойкостью и у 20—40% персистирует после первого эпизода шизофрении [7], а у 16—35% — в течение года по его миновании [5] и у 35% — даже через 2 года после первой госпитализации. Другим аргументом является незавершенность клинического анализа шизофренического дефекта, несмотря на понимание негативной симптоматики как «ключевого домена психопатологии шизофрении» [4].

В рамках концепции, сформулированной Е. Bleuler, также выделяется группа первичных симптомов, сопоставимых по большинству параметров с характеристиками дефицитарных расстройств, приводимых в современных публикациях [3]. Так, в классификациях первичных персистирующих негативных расстройств каждый из первичных симптомов шизофрении Е. Bleuler получает соответствующее определение: аномальность мышления представлена алогией, амбивалентность (волевая неустойчивость) —





апатией/абулией, аффективная неконгруэнтность — уплощенным аффектом, аутизм — асоциальностью.

**Цель исследования.** Оценить аспекты изучения негативных расстройств при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра

**Результаты исследования.** Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что такое распределение не случайно, но подчиняется дихотомии базисной симптоматики «общих синдромов». Хотя в соответствии с психометрической оценкой в структуре каждого из рассматриваемых общих синдромов представлены как волевой дефект — абулия/абулия с феноменом зависимости, так и дефект эмоциональный, т. е. обе составляющие, отражающие дихотомическую структуру шизофренического дефекта, распределение этих паттернов негативных расстройств в клиническом пространстве общих синдромов неравномерно.

Анализ имеющейся в нашем распоряжении казуистики позволяет (как уже указывалось выше) предполагать, что ранжирование психопатоподобных расстройств в соответствии с дихотомией базисного дефекта возможно (и осуществимо) не только в пределах одного, отдельно взятого кластера РЛ, но приобретает более универсальный характер и справедливо для распределения всех психопатоподобных расстройств независимо от кластера РЛ, к которому они принадлежат.

Общая структура дефицитарных изменений по типу волевого дефекта, экстраполируемая на все представляющие ее синдромы дефензивного полюса, характеризуется грубым снижением психофизической выносливости (при перекрывании волевых расстройств с астенической симптоматикой) и/или волевой регуляции психической деятельности (апатия-абулия по SANS —  $4,3 \pm 0,7$  балла; волевые нарушения по PANSS —  $5,1 \pm 0,3$  балла; астения по MFI-20 —  $77 \pm 15,3$  балла), с нарастанием пассивности, ведомости и нерешительности, присоединением черт астенического аутизма и зависимости от узкого круга значимых других (снижение коммуникабельности по PANSS



—  $3,5 \pm 0,5$  балла; отсутствие близких друзей по SPQ-A —  $5,6 \pm 0,4$  балла; отношения с коллегами и близкими по SANS —  $3,2 \pm 0,2$  балла; избыточная социальная тревожность по SPQ-A —  $6,2 \pm 1,3$  балла; пассивная социальная самоизоляция по PANSS —  $5,2 \pm 0,4$  балла; межперсональная тревожность по SCL-90-R —  $1,5 \pm 0,3$  балла;  $p \leq 0,01$ ). Эмоциональные расстройства в этой группе выражены в незначительной степени и отражают обеднение общего уровня социальной активности (связанное в первую очередь с астенической симптоматикой, резко заостренными рефлексивными механизмами, а также склонностью пациентов к формированию сенситивных идей отношения) и сужение диапазона эмоциональных привязанностей до границ симбиотических связей с родственниками или супругами (ангедония-асоциальность по SANS —  $3,0 \pm 0,2$  балла, уплощенный аффект по SPQ-A —  $3,7 \pm 0,4$  балла).

Единая для всех «общих синдромов» экспансивного полюса (с картиной дефекта эмоционального типа) структура дефицитарных изменений на статистически значимой основе отличается (в противовес дефицитарным расстройствам волевого типа) сохранением общего психофизического напора, при котором явления редукции энергетического потенциала проявляются не снижением уровня психической энергии, а его искажением в виде хаотичной, утратившей целенаправленность и волевой контроль деятельности.

Это особенно очевидно при сопоставлении характеристик трудового статуса пациентов с показателями шкал апатоабулических изменений (апатия-абулия по — SANS —  $3,6 \pm 0,3$  балла; волевые нарушения по PANSS —  $2,7 \pm 1,2$  балла; астения по MFI-20 —  $25 \pm 11,2$  балла).

На первый план общих для всей группы негативных расстройств эмоционального типа вступают выраженные изменения собственно эмоциональности (ангедония-асоциальность по SANS —  $4,3 \pm 0,2$  балла, уплощенный аффект по SPQ-A —  $6,8 \pm 0,4$  балла), проявляющиеся грубым ее обеднением с формированием черт регрессивной синтонности, утратой способности к эмпатии и формированию глубоких эмоциональных



привязанностей, патологическим заострением черт рационализма, эгоцентричности и прагматизма (отсутствие близких друзей по SPQ-A —  $8,3 \pm 0,4$  балла; снижение коммуникабельности по PANSS —  $5,1 \pm 1,2$  балла; отношения с коллегами и близкими по SANS —  $4,5 \pm 0,3$  балла; эксцентричное поведение по SPQ-A —  $5,7 \pm 1,8$  балла; избыточная социальная тревожность (SPQ-A) —  $0,9 \pm 0,2$  балла; межперсональная тревожность по SCL-90 —  $0,2 \pm 0,5$  балла; враждебность по SCL-90 —  $1,9 \pm 0,3$  балла).

Установлено, что психопатологические проявления дефекта при расстройствах шизофренического спектра представлены дефицитарными симптомокомплексами психопатического регистра (психопатоподобные нарушения), носят ограниченный (циркумскриптный) характер, имеют моносиндромальную структуру, обнаруживаются уже на уровне продромальных расстройств и связаны с преморбидными патохарактерологическими дименсиями.

Определена траектория негативных расстройств при расстройствах шизофренического спектра, характеризующихся ограниченной прогрессивностью, - завершающихся на продромальном этапе либо продромальным, либо фазным течением.

Также обсуждаются аспекты психофармакотерапии негативных расстройств препаратами современных генераций.

**Вывод.** Таким образом, психопатоподобные симптомокомплексы, выступающие в пространстве «общих синдромов», могут быть квалифицированы в качестве вторичных по отношению к базисным дефицитарным расстройствам.

Соответственно выделение психопатоподобного дефекта как синдромальной (рядоположенной другим) формы негативных расстройств, по данным наших исследований, представляется неправомерным.





## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аграновский М.Л. Сравнительная анализ негативных расстройств при шизофрении и заболеваний шизофренических. Журнал экономика и социум №3(182)2022г.
2. Бабин, С. М. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией / С. М. Бабин, А. В. Васильева, А. М. Шлафер // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2012. -Т.14, № 1. - С. 9-16.
- 3.Иванов, С. В. Типология нозогенных реакций с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях / С. В. Иванов, Д. С. Петелин // Психические расстройства в общей медицине. - 2016. - №3. - С.17-25.
- 4.Мосолов, С. Н. Алгоритмы биологической терапии шизофрении / С. Н. Мосолов, Э. Э. Цукарзи, П. В. Алфимов // Журнал Современная терапия психических расстройств. 2014. - №1.
- 5.Сергеев, И. И. Патологические интересы и увлечения при шизофрении / И. И. Сергеев, С. А. Малиночка // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - 2008. - Т. 108. - № 3. - С. 11-17.
- 6.Ashton, M.C. The maladaptive personality traits of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation / M.C. Ashton, K. Lee, R. E. de Vries, J. Hendrickse, M. Ph. Born // Journal of Personality Disorders. - 2012. -Vol.26. - №5. - P. 641-659.
- 7.Watson, D. Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. / D. Watson, L. A.Clark, M. Chmielewski // Journal of Personality. - 2008. - 76. - P. 1545-1585.