

Ю. А. Кушнір

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З НЕГАТИВНИМИ СИМПТОМАМИ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Yu. A. Kushnir

CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA

Ключові слова: негативні симптоми, позитивні симптоми, шизофренія, клінічні характеристики, клініко-анамнестичний аналіз

Key words: negative symptoms, positive symptoms, schizophrenia, clinical characteristics, clinical and anamnestic analysis

Обстежено 252 пацієнти з негативною симптоматикою при шизофренії та 79 пацієнтів з позитивною симптоматикою при шизофренії. Використаний комплексний підхід, що полягав у поєднанні клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та статистичного методів досліджування. Оцінка клініко-психопатологічних особливостей у хворих на шизофренію включала аналіз розподілу пацієнтів за вираженістю форм, типом перебігу та проявів шизофренії, тривалістю і прогредієнтністю захворювання та епізодів, кількістю рецидивів, госпіталізацій та особливостями провідних симптомокомплексів. Визначені особливості клінічної картини пацієнтів з негативними та позитивними симптомами при шизофренії, які можуть бути використані як діагностичні критерії під час проведення диференціальної діагностики та вибору стратегій лікування пацієнтів з шизофренією.

252 patients with negative symptoms of schizophrenia and 79 patients with positive symptoms of schizophrenia were examined. A comprehensive approach was used, consisting of a combination of clinical and anamnestic, clinical and psychopathological and statistical research methods. The assessment of clinical and psychopathological features in patients with schizophrenia included the analysis of the distribution of patients according to the severity of forms, type and manifestations of schizophrenia, duration and progressivity of the disease and episodes, number of relapses, hospitalizations and features of leading symptom complexes. Features of the clinical picture of patients with negative and positive symptoms in schizophrenia were determined, which can use as diagnostic criteria for differential diagnosis and selection of treatment strategies for patients with schizophrenia

Шизофренія — гетерогенний мультифакторний розлад, що істотно впливає на психічні процеси та поведінку людини [1—3]. Крім особистісних наслідків, вона призводить до вагомих соціально-економічних втрат суспільства, переважно через прямі витрати внаслідок непрацездатності та потреби соціальної підтримки та забезпечення [2]. Тому сучасні стратегії вивчення шизофренії потребують комплексних підходів, що дають змогу всебічно оцінити умови її виникнення, розвитку, перебігу, а також розробляти ефективніші підходи до лікування та реабілітації [4; 5].

Однією з найбільш складних проблем у науковій та клінічній психіатрії залишається шизофренія з переважанням негативних порушень у клінічній картині, насамперед через глибокі особистісні зміни, до яких вона призводить, а також через стійкість симптомів, незважаючи на очевидний прогрес у галузі психофармакотерапії, психотерапії та реабілітації [6]. Негативні симптоми спостерігаються у пацієнтів із розладами шизофренічного спектра з такою самою частотою як галюцинації (60 %) [7]. Висока питома вага швидко прогресуючих форм із формуванням негативних змін серед осіб молодого віку [8; 9]. Негативні симптоми є невід'ємною частиною шизофренії [1; 5; 8; 10]. Більше половини пацієнтів з хронічною шизофренією мають як мінімум один негативний симптом, а поширеність персистуючих негативних симптомів після першого психотичного епізоду становить 11—37 % [2]. Однак досі немає цілком визначених

даних про особливості клінічних проявів негативних симптомів при шизофренії та їх зв'язки з типом шизофренічного процесу і особливостями перебігу, тривалістю епізодів, кількістю госпіталізацій, провідними симптомокомплексами. Тому актуальність цього дослідження визначена нагальною потребою уточнення клініко-психопатологічних особливостей прояву негативних симптомів у пацієнтів із шизофренією.

Мета дослідження — визначити особливості клініко-анамнестичних даних у хворих на шизофренію для покращення діагностики та лікування негативних симптомів при шизофренії.

Усього в дослідженні взяли участь 331 пацієнт з шизофренією. Обстежено 252 пацієнти з негативною симптоматикою при шизофренії (основна група) та 79 пацієнтів з позитивною симптоматикою при шизофренії (контрольна група). У дослідженні застосований комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та статистичного методів досліджування. Статистичне оброблення даних застосовували для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі $M \pm m$), достовірності відмінностей (точний метод Фішера і кутове перетворення Фішера). Для кожної градації діагностичного критерію визначали її внесок у встановлення діагнозу: розраховували міру інформативності Кульбака (MI) та обчислювали діагностичні (прогностичні) коефіцієнти (ДК) [11; 12]. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою Excel-2010 та Statistica 6.1.

Аналіз клініко-анамнестичних даних у пацієнтів з шизофренією включав вивчення анамнестичних відомостей, які дали змогу виділити типові для негативних симптомів та позитивних симптомів при шизофренії особливості клінічної картини. Вивчення клініко-психопатологічної структури у пацієнтів з шизофренією включало аналіз розподілу пацієнтів за вираженістю форм, типом перебігу та проявів шизофренії, тривалістю і прогресивністю захворювання, кількістю рецидивів, госпіталізацій та тривалістю епізодів та наявність провідних симптоматичних комплексів у досліджуваних.

Розподіл пацієнтів з шизофренією за формою шизофренії продемонстрував, що у пацієнтів основної групи у 29,37 % осіб встановлена резидуальна форма шизофренії, у 21,43 % — проста форма, у 16,27 % — гебефренна форма, у 14,29 % — параноїдна форма, у 11,11 % — недиференційована форма та у 7,54 % — кататонічна форма шизофренії (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за формою шизофренії

Форма шизофренії	Основна група (n = 252)		Контрольна група (n = 79)		p	ДК	МІ
	абс.	% ± m	абс.	% ± m			
F20.0	36	14,29 ± 0,53	27	34,18 ± 3,55	0,000	3,79	0,38
F20.1	41	16,27 ± 0,59	9	11,39 ± 1,37	0,086	1,55	0,04
F20.2	19	7,54 ± 0,29	4	5,06 ± 0,63	0,163	1,73	0,02
F20.3	28	11,11 ± 0,42	11	13,92 ± 1,66	0,121	0,98	0,01
F20.5	74	29,37 ± 0,98	8	10,13 ± 1,23	0,000	4,62	0,44
F20.6	54	21,43 ± 0,76	20	25,32 ± 2,80	0,092	0,72	0,01

У пацієнтів контрольної групи відзначалось переважання параноїдної шизофренії (34,18 ± 3,55) %, у 25,32 % осіб встановлена проста форма шизофренії, у 13,92 % — недиференційована форма, у 11,39 % — гебефренна форма, у 10,13 % — резидуальна форма та у 5,06 % — кататонічна форма шизофренії.

Статистичний аналіз розподілу пацієнтів за формами шизофренії продемонстрував, що у пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії переважала резидуальна форма шизофренії (29,37 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 4,62, МІ = 0,44), тоді як серед хворих з позитивною симптоматикою переважали особи з параноїдною формою шизофренії (34,18 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 3,79, МІ = 0,38).

За тривалістю захворювання пацієнти з шизофренією розподілилися так: в основній групі у 32,90 % пацієнтів тривалість захворювання становила 1—3 роки, у 22,60 % — 10—12 років, у 20,20 % — 7—9 років, у 16,70 % — 4—6 років, у 6,75 % — 13—15 років та у зовсім незначній кількості пацієнтів (0,79 %) тривалість захворювання була понад 15 років (табл. 2). В контрольній групі у 31,65 % тривалість захворювання становила 1—3 роки, у 29,11 % — 4—6 років, у 25,32 % — 7—9 років, у 7,59 % — 10—12 років, у 5,06 % — 13—15 років та у 1,27 % — понад 15 років.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що група пацієнтів з негативною симптоматикою відрізнялась більшою кількістю осіб з тривалістю хвороби 10—12 років (22,60 %, $p \leq 0,001$, ДК = 4,75, МІ = 0,36), тоді як серед хворих з позитивною симптоматикою переважали особи з тривалістю захворювання 4—6 років (29,11 %, $p \leq 0,008$, ДК = 2,42, МІ = 0,15).

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів з шизофренією за тривалістю захворювання

Тривалість захворювання	Основна група (n = 252)		Контрольна група (n = 79)		p	ДК	МІ
	абс.	% ± m	абс.	% ± m			
1—3 роки	83	32,9 ± 1,07	25	31,65 ± 3,35	0,107	0,17	0,00
4—6 років	42	16,7 ± 0,61	23	29,11 ± 3,14	0,008	2,42	0,15
7—9 років	51	20,2 ± 0,72	20	25,32 ± 2,80	0,077	0,97	0,02
10—12 років	57	22,6 ± 0,79	6	7,59 ± 0,94	0,001	4,74	0,36
13—15 років	17	6,75 ± 0,26	4	5,06 ± 0,63	0,192	1,25	0,01
понад 15 років	2	0,79 ± 0,03	1	1,27 ± 0,16	0,417	2,03	0,00

За часом виникнення негативної симптоматики пацієнти розподілилися так: у хворих основної групи початок прояву негативної симптоматики спостерігався здебільшого в ініціальному періоді (34,52 ± 1,11) % або в стані ремісії (36,11 ± 1,15) %, у 15,87 % пацієнтів початок негативної симптоматики відбувався у період маніфестації та у 13,49 % пацієнтів — у пубертатному віці (табл. 3).

У контрольній групі у більшості пацієнтів початок позитивної симптоматики спостерігався

у стані ремісії (63,29 ± 4,92) %. Водночас встановлено, що пацієнтів з початком негативної симптоматики в ініціальному періоді та в пубертатному віці було більше серед пацієнтів основної групи (34,52 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 3,94, МІ = 0,41 та 13,49 %, $p \leq 0,037$, ДК = 3,29, МІ = 0,12 відповідно), тоді як наростання позитивної симптоматики у стані ремісії спостерігалось більше серед пацієнтів контрольної групи (63,29 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 2,44, МІ = 0,33).

Таблиця 3. Розподіл пацієнтів з шизофренією за часом прояву негативної/позитивної симптоматики

Найменування показників	Основна група (n = 252)		Контрольна група (n = 79)		p	ДК	МІ
	абс.	% ± m	абс.	% ± m			
В пубертатному віці	34	13,49 ± 0,50	5	6,33 ± 0,79	0,037	3,29	0,12
В ініціальному періоді	87	34,52 ± 1,11	11	13,92 ± 1,66	0,000	3,94	0,41
У період маніфестації	40	15,87 ± 0,58	13	16,46 ± 1,93	0,137	0,16	0,00
В ремісії	91	36,11 ± 1,15	50	63,29 ± 4,92	0,000	2,44	0,33

Розподіл пацієнтів з шизофренією за кількістю рецидивів продемонстрував, що у 40,48 % пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії кількість рецидивів становила «більше п'яти», у 32,94 % — «від одного до двох» та у 26,59 % —

«від трьох до п'яти» (табл. 4). У 44,30 % пацієнтів з позитивною симптоматикою при шизофренії кількість рецидивів становила «від трьох до п'яти» у 29,11 % — «від одного до двох» та у 26,58 % — «більше п'яти».

Таблиця 4. Розподіл пацієнтів з шизофренією за кількістю рецидивів

Кількість рецидивів	Основна група (n = 252)		Контрольна група (n = 79)		p	ДК	МІ
	абс.	% ± m	абс.	% ± m			
від одного до двох	83	32,94 ± 1,07	23	29,11 ± 3,14	0,091	0,54	0,01
від трьох до п'яти	67	26,59 ± 0,91	35	44,30 ± 4,24	0,002	2,22	0,20
більше п'яти	102	40,48 ± 1,24	21	26,58 ± 2,92	0,009	1,83	0,13

Було доведено, що пацієнти з негативною симптоматикою при шизофренії відрізнялись переважанням осіб з кількістю рецидивів «більше п'яти» (40,48 %, $p \leq 0,009$, ДК = 1,83, МІ = 0,13), тоді як серед пацієнтів з позитивною симптоматикою при шизофренії переважали особи з кількістю рецидивів «від трьох до п'яти» (44,30 %, $p \leq 0,002$, ДК = 2,22, МІ = 0,20).

Аналіз тривалості епізоду дав змогу встановити, що у 38,49 % пацієнтів епізод тривав до року, у 30,16 % пацієнтів — до шести місяців, у 13,89 % — до трьох місяців, у 7,94 % осіб — до півтора року, у 5,95 % — до двох років та у 3,57 % пацієнтів тривалість епізодів становила понад два роки (табл. 5).

В контрольній групі у 37,97 % пацієнтів тривалість епізоду становила до шести місяців, у 29,11 % осіб — до трьох місяців, у 21,52 % пацієнтів — епізод тривав до року, у 6,32 % — до двох років, у 3,79 % — до півтора року та у 1,26 % пацієнтів епізод тривав понад два роки.

Порівняння двох груп показало, що серед пацієнтів основної групи було більше осіб з тривалістю епізоду «до року» (38,49 %, $p \leq 0,002$, ДК = 2,53, МІ = 0,21), тоді як серед пацієнтів контрольної групи було більше осіб з тривалістю епізоду «до шести місяців» (37,97 %, $p \leq 0,047$, ДК = 1,00, МІ = 0,04) та «до трьох місяців» (29,11 %, $p \leq 0,001$, ДК = 3,21, МІ = 0,24).

Таблиця 5. Розподіл пацієнтів з шизофренією за тривалістю епізоду

Тривалість епізоду	Основна група (n = 252)		Контрольна група (n = 79)		p	ДК	МІ
	абс.	% ± m	абс.	% ± m			
до трьох місяців	35	13,89 ± 0,51	23	29,11 ± 3,143	0,001	3,21	0,24
до шести місяців	76	30,16 ± 1,00	30	37,97 ± 3,834	0,047	1,00	0,04
до року	97	38,49 ± 1,20	17	21,52 ± 2,444	0,002	2,53	0,21
до півтора року	20	7,94 ± 0,30	3	3,79 ± 0,478	0,100	3,20	0,07
до двох років	15	5,95 ± 0,23	5	6,32 ± 0,785	0,207	0,27	0,00
більше ніж два роки	9	3,57 ± 0,14	1	1,26 ± 0,161	0,204	4,50	0,05

За кількістю госпіталізацій в групі хворих з негативними симптомами при шизофренії було визначено, що частіше одного разу на рік госпіталізували 44,40 % пацієнтів, 24,60 % — один раз на рік та 30,90 % пацієнтів — менше одного разу

на рік (табл. 6). Більшість пацієнтів з позитивною симптоматикою госпіталізували у стаціонар один раз на рік (56,90 ± 4,79) %, 26,50 % — частіше одного разу на рік та 16,40 % — менше одного разу на рік.

Таблиця 6. Розподіл пацієнтів з шизофренією за кількістю госпіталізацій

Кількість госпіталізацій	Основна група (n = 252)		Контрольна група (n = 79)		p	ДК	MI
	абс.	% ± m	абс.	% ± m			
частіше одного разу на рік	112	44,40 ± 1,32	21	26,50 ± 2,92	0,002	2,23	0,20
один раз на рік	62	24,60 ± 0,85	45	56,90 ± 4,79	0,000	3,65	0,59
менше одного разу на рік	78	30,90 ± 1,02	13	16,40 ± 1,92	0,004	2,74	0,20

Статистичне порівняння двох груп між собою за кількістю госпіталізацій продемонструвало, що більшість пацієнтів з позитивною симптоматикою госпіталізували один раз на рік (56,90 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 3,65, MI = 0,59), тоді як в групі хворих з негативною симптоматикою відзначались дві тенденції: госпіталізація частіше одного разу на рік (44,40 %, $p \leq 0,002$, ДК = 2,23, MI = 0,20) та менше одного разу на рік (30,90 %, $p \leq 0,004$, ДК = 2,74, MI = 0,20).

За типом перебігу у 48,02 % пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії відзначався

епізодичний перебіг з наростаючим дефектом, у 24,60 % осіб — безперервно прогредієнтний перебіг, у 21,03 % пацієнтів встановлений епізодичний перебіг із стабільним дефектом та у 6,35 % осіб — епізодично ремітуючий перебіг (табл. 7).

Серед пацієнтів з позитивною симптоматикою при шизофренії епізодичний перебіг зі стабільним дефектом визначався у 36,71 % осіб, епізодичний перебіг з наростаючим дефектом спостерігався у 29,11 % пацієнтів, епізодично ремітуючий перебіг був у 17,72 % пацієнтів та безперервно прогредієнтний перебіг встановлений у 16,46 % осіб.

Таблиця 7. Розподіл досліджуваних пацієнтів за типом перебігу шизофренії

Тип перебігу	Основна група (n = 252)		Контрольна група (n = 79)		p	ДК	MI
	абс.	% ± m	абс.	% ± m			
Безперервно прогредієнтний	62	24,60 ± 0,85	13	16,46 ± 1,93	0,040	1,75	0,07
Епізодичний з наростаючим дефектом	121	48,02 ± 1,38	23	29,11 ± 3,14	0,001	2,17	0,21
Епізодичний із стабільним дефектом	53	21,03 ± 0,74	29	36,71 ± 3,74	0,003	2,42	0,19
Епізодично ремітуючий	16	6,35 ± 0,24	14	17,72 ± 2,06	0,003	4,46	0,25

Порівняння двох груп за особливостями перебігу захворювання продемонструвало, що серед пацієнтів з негативною симптоматикою переважали безперервно прогредієнтний перебіг та епізодичний з наростаючим дефектом (48,02 %, $p \leq 0,001$, ДК = 2,17, MI = 0,21 та 24,60 %, $p \leq 0,040$, ДК = 1,75, MI = 0,07 відповідно), тоді як пацієнтам з позитивною симптоматикою при шизофренії був більше притаманний епізодичний перебіг зі стабільним дефектом (36,71 %, $p \leq 0,003$, ДК = 2,42, MI = 0,19) та епізодичний з наростаючим дефектом (29,11 %, $p \leq 0,001$, ДК = 2,17, MI = 0,21).

Також проводили аналіз особливостей перебігу ініціального періоду (табл. 8). Відповідно до дизайну

дослідження та формалізації клінічних даних, тривалість ініціального періоду поділена на три варіанти: гострий, підгострий та затяжний. До гострого відносили проміжок від появи перших продромальних симптомів до маніфесту, що не перевищував трьох місяців; до підгострого — від трьох місяців до одного року; до затяжного — понад рік. Визначено, що у 52,38 % пацієнтів основної групи початок ініціального періоду був затяжним, у 34,52 % пацієнтів — гострим та у 13,10 % осіб — підгострим. У 43,04 % пацієнтів з позитивною симптоматикою при шизофренії відзначали затяжний початок ініціального періоду, у 34,18 % осіб він був підгострим, а у 22,78 % пацієнтів початок ініціального періоду був гострим.

Таблиця 8. Розподіл пацієнтів за особливостями перебігу ініціального періоду шизофренії

Перебіг ініціального періоду	Основна група (n = 252)		Контрольна група (n = 79)		p	ДК	MI
	абс.	% ± m	абс.	% ± m			
Гострий	87	34,52 ± 1,11	18	22,78 ± 2,57	0,016	1,80	0,11
Підгострий	33	13,10 ± 0,49	27	34,18 ± 3,55	0,000	4,17	0,44
Затяжний	132	52,38 ± 1,44	34	43,04 ± 4,16	0,036	0,85	0,04

Математичне порівняння двох груп між собою за особливостями перебігу ініціального періоду дало змогу визначити, що група пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії відрізнялася більшою кількістю осіб з затяжним та гострим перебігом ініціального періоду (52,38 %, $p \leq 0,036$, ДК = 0,85, MI = 0,04 та 34,52 %, $p \leq 0,016$, ДК = 1,80, MI = 0,11 відповідно), тоді як група пацієнтів з позитивною симптоматикою при шизофренії відрізнялась більшою кількістю осіб з підгострим початком ініціального періоду (34,18 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 4,17, MI = 0,44). Отримані дані дають змогу припустити, що затяжний та гострий ініціальні періоди можуть виступати в ролі прогностичних чинників розвитку

негативних порушень як провідного симптомокомплексу в клініці шизофренії.

Аналіз провідних симптомокомплексів серед пацієнтів з шизофренією дав змогу визначити, що у період активного перебігу захворювання в основній групі переважали синдром Кандинського — Клерамбо (36,90 ± 1,17) %, апатичний (17,46 ± 0,63) %, параноїдний (16,27 ± 0,59) % та сенесто-іпохондричний синдроми (10,32 ± 0,39) % (табл. 9). У період ремісії провідними симптомокомплексами у пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії були астеничний (34,13 ± 1,10) %, апато-абулічний (20,24 ± 0,72) % та гіпоафективний (18,65 ± 0,67) % симптомокомплекси.

Таблиця 9. Розподіл пацієнтів з шизофренією за провідними синдромами

Найменування синдромів	Основна група (n = 252)		Контрольна група (n = 79)		p	ДК	MI
	абс.	% ± m	абс.	% ± m			
Провідний синдром у період активного перебігу захворювання							
Синдром Кандинського — Клерамбо	93	36,90 ± 1,17	39	49,37 ± 4,50	0,015	1,26	0,08
Параноїдний синдром	41	16,27 ± 0,59	21	26,58 ± 2,92	0,017	2,13	0,11
Паранояльний синдром	18	7,14 ± 0,27	9	11,39 ± 1,37	0,087	2,03	0,04
Сенесто-іпохондричний синдром	26	10,32 ± 0,39	2	2,53 ± 0,32	0,015	6,10	0,24
Симплекс-синдром із психопато- подібними проявами	21	8,33 ± 0,32	3	3,80 ± 0,48	0,086	3,41	0,08
Апатичний синдром	44	17,46 ± 0,63	4	5,06 ± 0,63	0,002	5,38	0,33
Сенестопатичний синдром	9	3,57 ± 0,14	1	1,27 ± 0,16	0,204	4,50	0,05
Провідний синдром у період ремісії							
Гіпоафективний синдром	47	18,65 ± 0,67	7	8,86 ± 1,08	0,016	3,23	0,16
Психопатоподібний синдром	21	8,33 ± 0,32	23	29,11 ± 3,14	0,000	5,43	0,56
Астеничний синдром	86	34,13 ± 1,10	6	7,59 ± 0,94	0,000	6,53	0,87
Інтермісія	8	3,17 ± 0,12	3	3,80 ± 0,48	0,258	0,78	0,00
Гіперстенічний синдром	2	0,79 ± 0,03	9	11,39 ± 1,37	0,000	11,57	0,61
Параноїдний синдром	11	4,37 ± 0,17	13	16,46 ± 1,93	0,001	5,76	0,35
Апато-абулічний синдром	51	20,24 ± 0,72	9	11,39 ± 1,37	0,028	2,50	0,11
Аутистичний синдром	24	9,52 ± 0,36	3	3,80 ± 0,48	0,053	3,99	0,11
Іпохондричний синдром	2	0,79 ± 0,03	6	7,59 ± 0,94	0,003	9,81	0,33

В період активного перебігу захворювання у пацієнтів з позитивною симптоматикою при шизофренії переважали синдром Кандинського — Клерамбо (49,37 ± 4,50) %, параноїдний (26,58 ± 2,92) % та паранояльний (11,39 ± 1,37) % синдроми. У період ремісії у пацієнтів контрольної групи переважали психопатоподібний (29,11 ± 3,14) %, параноїдний (16,46 ± 1,93) %, гіперстенічний (11,39 ± 1,37) % та апато-абулічний (11,39 ± 1,37) % симптомокомплекси.

В результаті статистичного аналізу доведені розбіжності між двома групами, що полягали в переважанні у пацієнтів з негативною симптоматикою син-

дрому Кандинського — Клерамбо (36,90 %, $p \leq 0,015$, ДК = 1,26, MI = 0,08), апатичного (17,46 %, $p \leq 0,002$, ДК = 5,38, MI = 0,33) та сенесто-іпохондричного (10,32 %, $p \leq 0,015$, ДК = 6,10, MI = 0,24) симптомокомплексів при шизофренії у період активного перебігу захворювання та астеничного, апато-абулічного та гіпоафективного симптомокомплексів у період ремісії (34,13 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 6,53, MI = 0,87; 20,24 %, $p \leq 0,028$, ДК = 2,50, MI = 0,11 та 18,65 %, $p \leq 0,016$, ДК = 3,23, MI = 0,16 відповідно). Серед пацієнтів з позитивною симптоматикою при шизофренії переважали синдром Кандинського — Клерамбо (49,37 %, $p \leq 0,015$, ДК = 1,26, MI = 0,08) та параноїд-

ний симптомокомплекс (16,27 %, $p \leq 0,017$, ДК = 2,13, MI = 0,11) у період активного перебігу захворювання; у період ремісії — психопатоподібний (29,11 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 5,43, MI = 0,56) та параноїдний (16,46 %, $p \leq 0,001$, ДК = 5,76, MI = 0,35) симптомокомплекс.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

Встановлені типи для пацієнтів з негативними симптомами при шизофренії клініко-анамнестичні особливості, які полягали в переважанні резидуальної форми шизофренії (29,37 %, $p \leq 0,0001$); безперервно прогресивного (48,02 %, $p \leq 0,001$) та епізодичного з наростаючим дефектом (24,60 %, $p \leq 0,040$) типів перебігу; тривалості шизофренії 10—12 років (22,60 %, $p \leq 0,001$); кількості рецидивів «більше п'яти» (40,48 %, $p \leq 0,009$); тривалості епізоду «до року» (38,49 %, $p \leq 0,002$); госпіталізацій частіше одного разу на рік (44,40 %, $p \leq 0,002$) та менше одного разу на рік (30,90 %, $p \leq 0,004$); початку прояву негативної симптоматики в ініціальному періоді (34,52 %, $p \leq 0,0001$); переважання осіб з затяжним (52,38 %, $p \leq 0,036$) та гострим (34,52 %, $p \leq 0,016$) перебігом ініціального періоду; переважання синдрому Кандинського — Клерамбо (36,90 %, $p \leq 0,015$), апатичного синдрому (17,46 %, $p \leq 0,002$), параноїдного (16,27 %, $p \leq 0,11$) та сенесто-іпохондричного (10,32 %, $p \leq 0,015$) при шизофренії у період активного перебігу захворювання; астенічного (34,13 %, $p \leq 0,0001$), апато-абулічного (20,24 %, $p \leq 0,028$) та гіпоафективного (18,65 %, $p \leq 0,016$) симптомокомплексів у період ремісії.

Визначені типи для пацієнтів з позитивними симптомами при шизофренії клініко-анамнестичні особливості, які полягали в переважанні параноїдної форми шизофренії (34,18 %, $p \leq 0,0001$); епізодичного перебігу зі стабільним дефектом (36,71 %, $p \leq 0,003$) та епізодично ремітуючого перебігу (17,72 %, $p \leq 0,003$); тривалості захворювання 4—6 років (29,11 %, $p \leq 0,008$); кількості рецидивів «від трьох до п'яти» (44,30 %, $p \leq 0,002$); тривалості епізоду «до трьох місяців» (29,11 %, $p \leq 0,001$) та «до шести місяців» (37,97 %, $p \leq 0,047$); госпіталізацій один раз на рік (56,90 %, $p \leq 0,0001$); початку негативної симптоматики у стані ремісії (63,29 %, $p \leq 0,0001$); осіб з підгострим початком ініціального періоду (34,18 %, $p \leq 0,0001$); синдрому Кандинського — Клерамбо (49,37 %, $p \leq 0,015$) та параноїдного симптомокомплексу (26,58 %, $p \leq 0,017$) у період активного перебігу захворювання; психопатоподібного (29,11 %, $p \leq 0,0001$) та параноїдного (16,46 %, $p \leq 0,001$) симптомокомплексів у період ремісії.

Отримані результати дали змогу уточнити дані щодо клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з негативними симптомами та позитивними симптомами при шизофренії, що варто брати до уваги під час проведення діагностики та лікування цих станів.

Список літератури

1. Examining the reliability and validity of the clinical assessment interview for negative symptoms within the management of schizophrenia in clinical practice (MOSAIC) multisite national study / Blanchard J. J., Bradshaw K. R., Garcia C. P. [et al.] // *Schizophrenia research*. 2017. Vol. 185. P. 137—143. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.011>.
2. Symptômes négatifs: clinique et psychométrie [Negative symptoms: clinical and psychometric aspects] / Adida M., Azorin J. M., Belzeaux R. & Fakra E. // *L'Encephale*. 2015. Vol. 41 (6 Suppl 1), 6S15—6S17. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(16\)30004-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(16)30004-5).
3. Capatina O. O. Are negative symptoms in schizophrenia a distinct therapeutic target? / O. O. Capatina, I. V. Miclutia // *Clujul Med*. 2018. Vol. 91 (1). P. 58—64. DOI: [10.15386/cjmed-864](https://doi.org/10.15386/cjmed-864).
4. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial / Galderisi S., Mucci A., Bitter I. [et al.] // *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013. Vol. 23 (3). P. 196—204. DOI: [10.1016/j.euroneuro.2012.04.019](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.04.019).
5. Negative symptoms of schizophrenia: clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders / [Foussias G., Agid O., Fervaha G., Remington G.] // *European neuropsychopharmacology*. 2014. Vol. 24(5). P. 693—709. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.10.017>.
6. Neurofeedback Treatment of Negative Symptoms in Schizophrenia: Two Case Reports / Pazooki K., Leibetseder M., Renner W. [et al.] // *Applied psychophysiology and biofeedback*. 2019. Vol. 44 (1). P. 31—39. DOI: [10.1007/s10484-018-9417-1](https://doi.org/10.1007/s10484-018-9417-1).
7. Шмуклер А. Б. Эволюция подходов к диагностике шизофрении: от Крепелина до МКБ-11 // *Consortium Psychiatricum*. 2021. Т. 2(2). С. 65—70. DOI: [10.17816/CP62](https://doi.org/10.17816/CP62).
8. Yohn S. E. Pick Your Model Wisely: Understanding the Negative Symptoms of Schizophrenia in Rodent Models / S. E. Yohn, P. J. Conn // *ACS Chemical Neuroscience*. 2019. Vol. 10 (1). P. 33—35. DOI: [10.1021/acschemneuro.8b00553](https://doi.org/10.1021/acschemneuro.8b00553).
9. Factor structure of the Brief Negative Symptom Scale / Strauss G. P., Hong L. E., Gold J. M. [et al.] // *Schizophr. Res*. 2012. Vol. 142(1-3). P. 96—98. DOI: [10.1016/j.schres.2012.09.007](https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.09.007).
10. Augmentation of antipsychotics with electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia patients with dominant negative symptoms: a pilot study of effectiveness / [Pawęlczyk T., Kołodziej-Kowalska E., Pawęlczyk A., Rabe-Jabłońska J.] // *Neuropsychobiology*. 2014. Vol. 70 (3). P. 158—164. DOI: [10.1159/000366484](https://doi.org/10.1159/000366484).
11. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2008. 350 с.
12. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Москва: Практика, 1998. 459 с.

References

1. Blanchard JJ, Bradshaw KR, Garcia CP, Nasrallah HA, Harvey PD, Casey D, Csoboth CT, Hudson JI, Julian L, Lentz E, Nuechterlein KH, Perkins DO, Skale TG, Snowden LR, Tandon R, Tek C, Velligan D, Vinogradov S, O'Gorman C. Examining the reliability and validity of the clinical assessment interview for negative symptoms within the management of schizophrenia in clinical practice (MOSAIC) multisite national study. *Schizophrenia research*. 2017 Jul;185:137-143. doi: [10.1016/j.schres.2017.01.011](https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.011). Epub 2017 Jan 11. PMID: 28087270.

2. Adida, Marc & Azorin, Jean & Belzeaux, Raoul & Fakra, Eric. (2015). Symptômes négatifs: clinique et psychométrie [Negative symptoms: clinical and psychometric aspects]. *L'Encephale*, 41. 6S15-6S17. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(16\)30004-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(16)30004-5).
3. Capatina OO, Miclutia IV. Are negative symptoms in schizophrenia a distinct therapeutic target? *Clujul Med*. 2018;91(1):58-64. doi: 10.15386/cjmed-864. Epub 2018 Jan 15. PMID: 29440953; PMCID: PMC5808269.
4. Galderisi S, Mucci A, Bitter I, Libiger J, Bucci P, Fleischhacker WW, Kahn RS; Eufest Study Group. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013 Mar;23(3):196-204. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.04.019. Epub 2012 May 28. PMID: 22647933.
5. Foussias G, Agid O, Fervaha G, Remington G. Negative symptoms of schizophrenia: clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014 May;24(5):693-709. doi: 10.1016/j.euroneuro.2013.10.017. Epub 2013 Nov 11. PMID: 24275699.
6. Pazooki K, Leibetseder M, Renner W, Gougleris G, Kapsali E. Neurofeedback Treatment of Negative Symptoms in Schizophrenia: Two Case Reports. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2019 Mar;44(1):31-39. doi: 10.1007/s10484-018-9417-1. PMID: 30267339; PMCID: PMC6373527.
7. Shmukler A. B. Evolyutsiya podkhodov k diagnostike shizofrenii: ot Krepelina do MKB-11. *Consortium Psychiatricum*. 2021; 2(2): 65-70. doi: 10.17816/CP62. (In Russian).
8. Yohn SE, Conn PJ. Pick Your Model Wisely: Understanding the Negative Symptoms of Schizophrenia in Rodent Models. *ACS Chem Neurosci*. 2019 Jan 16;10(1):33-35. doi: 10.1021/acscchemneuro.8b00553. Epub 2018 Oct 22. PMID: 30346132; PMCID: PMC6467817.
9. Strauss GP, Hong LE, Gold JM, Buchanan RW, McMahon RP, Keller WR, Fischer BA, Catalano LT, Culbreth AJ, Carpenter WT, Kirkpatrick B. Factor structure of the Brief Negative Symptom Scale. *Schizophr Res*. 2012 Dec;142(1-3):96-8. doi: 10.1016/j.schres.2012.09.007. Epub 2012 Oct 9. PMID: 23062750; PMCID: PMC3502636.
10. Pawełczyk T, Kołodziej-Kowalska E, Pawełczyk A, Rabe-Jabłońska J. Augmentation of antipsychotics with electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia patients with dominant negative symptoms: a pilot study of effectiveness. *Neuropsychobiology*. 2014;70(3):158-64. doi: 10.1159/000366484. Epub 2014 Oct 24. PMID: 25358377.
11. Sidorenko E. V. *Metody matematicheskoy obrabotki v psikhologii*. SPb.: Rech, 2008. 350 s. (In Russian).
12. Glants S. *Mediko-biologicheskaya statistika*. Moskva : Praktika, 1998. 459 s. (In Russian).

Надійшла до редакції 2.08.2023

КУШНІР Юрій Анатолійович, кандидат медичних наук, завідувач відділення Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня "Психіатрія"», м. Київ, Україна; e-mail: y.a.kushnir@ukr.net

KUSHNIR Yurii, MD, PhD, Head of Department of the Municipal Non-Profit Enterprise 'Clinical Hospital "Psychiatriia", Kyiv, Ukraine; e-mail: y.a.kushnir@ukr.net