

## РОЛЬ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ



Палванов Равшан Отамурадович, Шарипова Фарида Камиловна, Рогов Алексей Владимирович, Ирмухамедов Темура Баходирович

1 – Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч;  
2 – Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

### ПАРАНОИД ШИЗОФРЕНИЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НЕГАТИВ СИМПТОМЛАРНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА ЭТНОМАДАНИЙ ОМИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Палванов Равшан Отамурадович, Шарипова Фарида Камиловна, Рогов Алексей Владимирович, Ирмухамедов Темура Баходирович

1 – Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Урганч ш. ;  
2 – Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

### THE ROLE OF ETHNOCULTURAL FACTORS IN THE FORMATION OF NEGATIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Palvanov Ravshan Otamuradovich, Sharipova Farida Kamilovna, Rogov Alexey Vladimirovich, Irmukhamedov Temur Bahodirovich

1 – Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench;  
2 – Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [ravshanpalvanov@gmail.com](mailto:ravshanpalvanov@gmail.com)

**Резюме.** Мақолада этномаданий хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда параноид шизофрения билан оғриган беморларда негатив бузилишларни ўрганиш натижалари ва параноид шизофрения билан оғриган беморларда негатив бузилишларни психометрик ўрганишнинг қийсий баҳоси келтирилган. Салбий белгиларнинг ўлчовли хусусиятларини аниқлаш ва шизофрения билан оғриган беморларнинг ижтимоий фаолияти учун уларнинг ролини дифференциал баҳолаш бўйича маълумотлар келтирилган.

**Калит сўзлар:** параноид шизофрения, этномаданий психиатрия, салбий аломатлар.

**Abstract.** The article presents the results of a study of negative symptoms in patients with paranoid schizophrenia, taking into account ethnocultural characteristics, and a comparative assessment of a psychometric study of negative symptoms in patients with paranoid schizophrenia. Data are presented on the identification of dimensional characteristics of negative symptoms and a differentiated assessment of their role for the social functioning of patients with schizophrenia.

**Key words:** paranoid schizophrenia, ethnocultural psychiatry, negative symptoms.

Как показывают многочисленные исследования, различия в трактовке психопатологических состояний и содержательной стороны терминов, применяемых во время повсеместной унификации и использовании международной классификации болезней, не застрахованы от ошибок, особенно это явно проявляется в определении гетерогенности ведущих синдромокомплексов с которой сталкиваются клиницисты на местах. Дименсиональный подход в оценке выраженности симптомов составляющих ведущего синдромокомплекса является одной из приоритетных задач в системе объективизации диагностического процесса у

больных параноидной шизофренией, в перспективе определяющие персонифицирующий прогноз заболевания, выбора терапевтической тактики и реабилитационных мер. Однако, эндогенный процесс — это не только количественные изменения того или иного патологического симптома, но и качественные трансформации всех аспектов жизни человека, которые можно охарактеризовать как биопсихосоциальная модель болезни. Согласно приведенной концепции, экстраполирование лечебно-профилактических мероприятий должно распространяться на весь персонифицированный

комплекс нарушений конкретного пациента [1,3,4].

Спектр факторов входящих в биопсихосоциальную модель эндогенного процесса крайне разнообразен, но среди всех, на наш взгляд, выделяются факторы непосредственно связанные с этнокультуральными аспектами. Воздействие социокультуральных факторов на патоморфоз эндогенного процесса остается мало изученной проблемой, при этом о ее важности для глубокого понимания болезни говорили такие корифеи психиатрии как академики Дмитриева Т.Б. и Семке В.Я., а знаменитый психолог Карен Хорни, акцентировавшая значение воздействия окружающей социальной среды на формирование личности, сформировала тезис, ставший крылатым сводящийся к тому что невозможно поставить психиатрический диагноз без учета этнокультуральных особенностей.

Безусловно этнокультуральные факторы являются важными паттернами в специфических треках патоморфоза эндогенно процесса. Экобиологические особенности отдельных регионах безусловна сказываются на закладывание конституциональных основ для развития физиологического и психоземotionalного портрета любой личности. Парадигма социального взаимодействия, особенности традиций и уклада жизни характерные даже для хорошо интегрированных жителей отдельных регионов, несомненно, сказывается и на особенностях психопатологического синдрообразования. Совокупность вышеуказанных факторов может служить одним из ключей к пониманию фундаментальных основ патоморфоза эндогенного процесса и/или являться predisponирующими детерминантами для девиантных траекторий развития отдельных личностей.

Негативная симптоматика является одной из наиболее изученной проблемой при шизофрении, однако при, казалось бы, всесторонней изученности остаются, буквально огромные, не изученные «белые пятна», о которых идут дискуссионные баталии среди ученых. Негативный портрет больного с параноидной шизофренией представлен в виде гетерогенной палитры с множеством исходных детерминантов, определяющих конечный профиль дефицитарных симптомов. И если влиянию биологических, конституциональных и социальных факторов на проявления дефицитарной симптоматики посвящены огромное количество исследований, то этнокультуральные фактор до недавнего времени оставались в тени.

**Цель исследования** выявления особенностей дефицитарной симптоматики с учетом этнокультуральных особенностей и определить основные типы адаптации.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 72 больной с верифицированным диагнозом в соответствии с МКБ-10 параноидная шизофрения (F-20.xx), со средней продолжительностью заболевания  $12 \pm 3,2$  года. Представленная выборка больных характеризовалась: средний возраст  $45,22 \pm 11,39$  лет ( $p < 0,05$ ), минимальный возраст - 23 года, максимальный – 49 года.

Респонденты составляли две сопоставимые группы по биологическим и социальным факторам, 37 респондентов составляли группы больных параноидной шизофренией из областей Приаралья (гП) и 35 больных параноидной шизофренией из города Ташкент (гТ).

Во избежание недостоверных и противоречивых данных связанных с особенностью различных психометрических шкал и их не достаточной валидностью и адаптацией, оценка негативной симптоматики у исследуемых респондентов, проводилась при помощи классического теста PANSS- The Positive and Negative Syndrome Scale (Stanley Kay, Lewis Opler, and Abraham Fiszbein).

Клиническая рейтинговая шкала PANSS предназначена для количественной и структурной оценки позитивных и негативных психопатологических синдромов в соответствии с концепцией Т. Кроу (1980) и Ненси Андреасен (1982). Шкала состоит из 33 пунктов (симптомов), оцениваемых на основании формального полуструктурированного или полностью структурированного клинического интервью и других источников информации. Выраженность симптома оценивается по 7-балльной системе. Для каждого симптома и градаций его выраженности дается тщательное операциональное определение и точная инструкция по его выявлению. Поскольку PANSS служит прежде всего для точной оценки позитивных и негативных характеристик шизофренического спектра, которые постулированы Т. Стю (1980) и N. Andreasen, S. Olsen (1982), семь симптомов группируются в шкалу позитивных синдромов, оценивающих признаки, которые являются избыточными к «нормальному» психическому статусу, другие семь симптомов составляют шкалу негативных синдромов, оценивающую признаки, недостаточные для «нормального» психического статуса. Композитный индекс (разница между суммой баллов позитивных и негативных симптомов) устанавливает степень преобладания одного синдрома над другим. Шкала позволяет проводить стандартизованную оценку различных векторов психопатологической симптоматики шизофрении, определять клинический профиль больного и проследивать динамику состояния в процессе терапии. Шкала позволяет количественно оценить тяжесть негативной симптоматики по Шкале негативных симптом.

**Таблица 1.** Дименсиональные показатели негативной симптоматики в сравнительном аспекте

Негативная симптоматика	$\mu \pm \sigma$ , преобладание среднего по $c_v^*$	
	гП n=37	гТ n=35
Н1 «признаки апатии»	3,26±0,74	4,85±0,92
Н2 аутизация	3,11±0,70	4,55±0,95
Н3 социальная депреация	3,23±0,73	5,10±1,19
Н4 социализация	3,00±0,82	4,78±0,92
Н5 схизис мышления	2,53±0,80	3,98±1,49
Н6 аспонтанность и скованность речи	1,19±0,58	2,42±1,05
Н7 ригидность мышление	1,02±0,13	1,08±0,28
Тяжесть негативной симптоматики $\sum N$	17,33±2,17	26,77±4,60

**Результаты.** Дименсиональные характеристики больных параноидной шизофренией, при помощи психометрической шкалы PANSS приведены в таблице 1.

Из данных приведенной таблицы следует, что психометрические показатели дефицитарной симптоматики у больных с параноидной шизофренией в обеих группах достоверно различаются. Результаты анализа кластера «негативные симптомы» показали что у пациентов группы больных из Приаралья такие показатели как «тупой аффект», «эмоциональный уход» и «бедность эмоциональных связей» в значительной степени были выражены и для 53,6%, 39,3% и 44% соответственно составлял 5,4 и 6 баллов что является высоким показателем по шкале PANSS. Выраженность «пассивного-апатического ухода в себя» у больных основной группы выражалось в баллах с высоким коэффициентом 5 и было актуально для 54,8% испытуемых этой группы, в то время как в группе больных из Ташкента у 59,6% респондентов данный показатель равнялся 2. Нарушения «абстрактного мышления» в контрольной группе для 77,1% пациентов был достоверно выше, чем в гП. Остальные показатели были, достоверно не различались. Необходимо подчеркнуть, что именно показатели Н1, Н2, Н3, Н4 характеризуют социальную адаптацию больных и отражают социальный интеллект больных что является неотъемлемой частью когнитивного функционирования. Заслуживает пристального внимания оценка общей тяжести негативной симптоматики. Для больных основной группы она составляет 26,48±4,41 балла, в то время как у контрольной группы этот показатель на уровне 17,33±2,17 балла. Клинический анализ дефицитарных симптомов выявил такие симптомы как: Эмоциональное уплощение характеризовалось холодностью в общении, отсутствием эмоционального отклика на актуальные для больного темы, снижением эмпатии к близким, утратой социо-культурных связей. Социальная депривация пациентов характеризовалась снижением в потребности к общению, невозможностью или крайне низкой способностью к пониманию проявлений эмоций собесед-

ника, низкой активностью в макро и микросоциуме и пренебрежению к повседневной деятельности. Схизис мышления характеризовался снижением уровня обобщения, торпидностью мышления с элементами резонерства, паралогизмами. В большей степени именно эти симптомы определяли социальную дезинтеграцию больных.

Реабилитация и реосоциализация больных параноидной шизофренией во многом зависят от показателей дефицитарной составляющей, которые во многом определяет траектории изменений социального взаимодействия и самооценки качества жизни.

Адаптационные механизмы при эндогенном процессе сформированные в работах Е.Д. Красиком и Г.В. Логвинович (1991) были описаны уровни клинической и социальной адаптации, нами были выделены основные ее виды интегративный и деструктивный.

Для респондентов группы гТ был в большей степени был характерен интегративным типом адаптации 39.2%. Характеристиками данной выборки были преобладание позитивной симптоматики, умеренным уровнем социальной адаптации и более лояльной комплаентностью.

Выделенная в исследовании группа респондентов с деструктивным типом адаптации составила 43.1% больных группы гП. Синдромологически эта группа характеризовалась преобладанием дефицитарных нарушений, когнитивными расстройствами и наличием незначительными позитивными симптомами, частыми госпитализациями с формированием не полноценной ремиссии низкого качества, выраженной социальной дезадаптации.

**Выводы.** Таким образом приведенные данные показывают, что при дименсиональном анализе психометрических показателей, у пациентов с различными этнокультуральными особенностями достоверно различаются между собой. В группе больных из города Ташкента преобладала интегративный тип адаптации, для группы больных из Приаралья был в большей степени характерен деструктивный тип адаптации.

### Литература:

1. Абдуллаева В.К. Структура психопатологических расстройств у больных при постшизофренической депрессии // Theoretical & Applied Science. – 2018. – №. 3. – С. 134-137.
2. Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К. клинко-динамические особенности пациентов параноидной шизофренией с сопутствующими церебрально-гемодинамическими нарушениями // Актуальные аспекты медицинской деятельности. – 2020. – С. 174-181.
3. Rogov A.V. et al. Some determinants of disturbances of social functioning in patients with paranoid schizophrenia with related viral hepatitis // International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2020. – Т. 24. – №. 5. – С. 425-433.
4. Рогов А.В., Абдуллаева В.К. Характеристики стратегии выбора у больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами // Актуальные вопросы фундаментальной и клинической медицины. – 2020. – С. 419-422.
5. D.F. Khritinin «Lectures on psychiatry and addiction». Vinom. 2015;296. Zhurnal Nevrologii I Psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2015; 115(5):127-127.
6. Sargsyan G.R., Gurovich I.Ya., Kif R.S. Standard data for the Russian population and standardization of

the scale “brief assessment of cognitive functions in patients with schizophrenia” // (bacs) social and clinical psychiatry // vol. 20 issue 3.

7. Keefe R.S., Harvey P.D., Goldberg T.E. et al. norms and standardization of the brief assessment of cognition in schizophrenia (bacs) // schizophr. res. 2008. vol. 102, n 1-3. p. 108–115.

### **РОЛЬ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ НЕГАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ**

*Палванов Р.О., Шарипова Ф.К., Рогов А.В.,  
Ирмухамедов Т.Б.*

**Резюме.** В статье представлены результаты исследования негативной симптоматики у больных параноидной шизофренией с учетом этнокультуральных особенностей, проведена сравнительная оценка психометрического исследования негативной симптоматики у больных параноидной шизофренией. Приводятся данные о выделении дименсиональных характеристик негативных симптомов и дифференцированная оценка их роли для социального функционирования больных шизофренией.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, этнокультуральная психиатрия, негативная симптоматика.