



Винникова И.Н.¹, Кравченко И.В.²✉, Чижиков И.И.³, Сидоров В.Г.³

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва, Россия

² Межрайонный центр медицинской реабилитации при ГБУЗ «Поликлиника № 38», Санкт-Петербург, Россия

³ Санкт-Петербургская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением, Санкт-Петербург, Россия

Клинико-психопатологические особенности пациентов с параноидной шизофренией с несуицидальной аутоагрессией, находящихся на принудительном лечении

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Винникова И.Н. – разработка дизайна исследования, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации; Кравченко И.В. – разработка дизайна исследования, проверка критически важного содержания, сбор клинического материала, обработка, анализ и интерпретация данных, статистическая обработка данных, написание текста рукописи; Чижиков И.И. – разработка дизайна исследования, проверка критически важного содержания, сбор клинического материала, обработка, анализ и интерпретация данных, статистическая обработка данных, написание текста рукописи; Сидоров В.Г. – сбор клинического материала, обработка, анализ и интерпретация данных, статистическая обработка данных, написание текста рукописи.

Финансирование. Авторы заявляют об отсутствии частного и государственного финансирования при написании статьи.

Этика публикации. Все участники исследования выразили добровольное согласие на участие в нем. Исследование проведено с соблюдением норм этики и деонтологии (протокол комитета по этике и деонтологии СПбСТИН от 21 ноября 2008 г.).

Подана: 06.02.2024

Принята: 05.04.2024

Контакты: igorkravchenk@mail.ru

Резюме

Введение. Параноидная шизофрения среди пациентов остается одной из наиболее распространенных нозологий, представленных в структуре принудительного лечения. Практическая работа с данной группой пациентов осложняется за счет явления непрерывного клинического патоморфоза заболевания. В ряду последнего можно выделить увеличение удельного веса когнитивных, депрессивных и поведенческих нарушений, включая несуицидальные аутоагрессивные действия (НААД).

Цель. Изучение клинических вариантов (паттернов) несуицидального аутоагрессивного поведения (НААП) у пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на принудительном лечении.

Материалы и методы. С помощью сплошного нерандомизированного метода с привлечением клинико-катамнестического анализа обследован 621 пациент с параноидной шизофренией, находившийся на длительном стационарном (принудительном) лечении.

Результаты. Были выделены и изучены три паттерна НААП у обследуемых лиц: идеаторный (188 чел.), аффективный (196 чел.) и поведенческий (237 чел.). Для идеаторного паттерна НААП были характерны негативные расстройства тонического уровня с наличием оформленного подготовительного периода перед НААД, однократный их характер, формальная критика к своему поведению. В случае аффективного

паттерна НААП отмечались негативные расстройства органоидного уровня, сочетающиеся с экзогенно-органическими изменениями, отсутствие подготовительного периода, однократный их характер, по принципу «аффективной разрядки», формальная критика к своему поведению. Наконец, для поведенческого паттерна НААП были характерны негативные расстройства личностного уровня с наличием оформленного подготовительного периода перед НААД, склонность к многократному их повторению на фоне отсутствия критики к своему поведению.

Заключение. Реализация НААП у пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, определяется степенью выраженности негативных процессуальных изменений, ведущих к нарушению адаптационно-компенсаторных функций. Клинически значимым фактором, влияющим на становление НААП, являются резидуально-органические изменения ЦНС у таких пациентов. Выявленные клинические закономерности позволили выделить три паттерна НААП у обследуемых лиц: идеаторный, аффективный и поведенческий.

Ключевые слова: шизофрения параноидная, принудительное лечение, паттерны несуицидального аутоагрессивного поведения

Vinnikova I.¹, Kravchenko I.²✉, Chizhikov I.³, Sidorov V.³

¹ National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia

² Interdistrict Center for Medical Rehabilitation at the State Budgetary Healthcare Institution "Polyclinic N 38", St. Petersburg, Russia

³ St. Petersburg Specialized Psychiatric Hospital with Intensive Observation, St. Petersburg, Russia

Clinical and Psychopathological Features of Patients with Paranoid Schizophrenia with Non-Suicidal Auto-Aggression on Compulsory Treatment

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Vinnikova I. – development of research design, verification of critical content, approval of the manuscript for publication; Kravchenko I. – development of research design, verification of critical content, collection of clinical material, processing, analysis and interpretation of data, statistical data processing, writing the text of the manuscript; Chizhikov I. – development of research design, verification critical content, collection of clinical material, processing, analysis and interpretation of data, statistical data processing, writing the text of the manuscript; Sidorov V. – collection of clinical material, processing, analysis and interpretation of data, statistical data processing, writing the text of the manuscript.

Funding. The authors declare that there was no private or government funding when writing the article.

Publication ethics. All study participants expressed voluntary consent to participate in it. The study was carried out in compliance with the standards of ethics and deontology (protocol of the Committee on Ethics and Deontology of SPBSTIN dated November 21, 2008).

Submitted: 06.02.2024

Accepted: 05.04.2024

Contacts: igorkravchenko@mail.ru

Abstract

Introduction. Patients with paranoid schizophrenia remain one of the most common nosologies represented in the structure of compulsory treatment. Practical work with this group of patients is complicated by the phenomenon of continuous clinical

pathomorphism of the disease. Among the latter, one can highlight an increase in the proportion of cognitive, depressive and behavioral disorders, including non-suicidal auto-aggressive actions.

Purpose. Study of clinical variants (patterns) of NAAB in patients with paranoid schizophrenia who were on compulsory treatment.

Materials and methods. Using a continuous, non-randomized method, involving clinical follow-up analysis, 621 patients with paranoid schizophrenia who were on long-term inpatient (compulsory) treatment were examined.

Results. Three patterns of NAAB in the subjects were identified and studied: ideational (188 people), affective (196 people), and behavioral (237 people). The ideation pattern of NAAB was characterized by negative disorders of the tonic level, with the presence of a formalized preparatory period before NAA, their one-time nature, and formal criticism of one's behavior. In the case of the affective pattern of NAAB, negative disorders of the organoid level were noted, combined with exogenous-organic changes, the absence of a preparatory period, their one-time nature, according to the principle of "affective discharge", and formal criticism of one's behavior. Finally, the behavioral pattern of NAAB was characterized by negative disorders at the personal level, with the presence of a formalized preparatory period before NAA, and a tendency to repeat them many times against the background of a lack of criticism of one's behavior.

Conclusion. The implementation of NAAB in patients with paranoid schizophrenia undergoing compulsory treatment is determined by the severity of negative procedural changes leading to disruption of adaptive-compensatory functions. A clinically significant factor influencing the development of NAAB are residual organic changes in the central nervous system in such patients. The identified clinical patterns made it possible to identify three patterns of NAAB in the examined individuals: ideational, affective and behavioral.

Keywords: paranoid schizophrenia, compulsory treatment, patterns of non-suicidal auto-aggressive behavior

■ ВВЕДЕНИЕ

Параноидная шизофрения среди пациентов остается одной из наиболее распространенных нозологий, представленных в структуре принудительного лечения. Практическая работа с данной группой пациентов осложняется за счет явления непрерывного клинического патоморфоза заболевания. В ряду последнего можно выделить увеличение удельного веса когнитивных, депрессивных и поведенческих нарушений, включая несуицидальные аутоагрессивные действия (НААД) [6, 13, 15, 17, 18]. Также важное место в клинической картине у таких пациентов занимают резидуально-органические изменения центральной нервной системы [1, 11, 16, 19]. Подобные изменения потребовали от клиницистов поиска новых путей оптимизации лечебно-диагностической работы с данной группой пациентов. Таким решением стало активное внедрение в клиническую работу дименсионального метода исследования с отказом от категориального подхода, включавшего в том числе клинко-катамнестический метод исследования. Подобные концептуальные изменения привели к формализации подхода и игнорированию индивидуальных клинических характеристик обследуемых лиц. Нельзя признать удовлетворительным

и искусственное разделение процессуального заболевания на автономные психопатологические единицы. Таким примером может служить попытка представить изолированными этиопатогенетическими образованиями позитивные, дефицитарные (негативные) и когнитивные расстройства [10, 12, 14]. Устранению выявленных концептуальных нарушений тактики ведения пациентов с шизофренией, на наш взгляд, могли бы способствовать следующие действия. Во-первых, шизофренический процесс следует рассматривать с позиции единого прогрессиентного психопатологического процесса, в структуре которого лежат стойкие и необратимые изменения всех форм психической деятельности разной степени выраженности. Во-вторых, следует более активно использовать сочетание категориальной и дименсиональной модели оценки ведущих психопатологических проявлений. Также подобный подход предполагает активное использование лонгитудинального метода наблюдения в условиях непрекращающегося феномена клинического патоморфоза у пациентов с шизофренией. В-третьих, в практической работе следует учитывать проблему коморбидности, в частности, сочетание процессуального процесса и резидуально-органических изменений центральной нервной системы. В рамках заявленного холистического подхода следует ожидать повышения эффективности от применения интегрированных психофармакологических и психотерапевтических интервенций у данной группы пациентов. Клинической апробацией высказанной нами гипотезы можно считать настоящее исследование по изучению клинических вариантов (паттернов) несуицидального аутоагрессивного поведения (НААП) у пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на принудительном лечении.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение клинических вариантов (паттернов) НААП у пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на принудительном лечении.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С помощью сплошного нерандомизированного метода с привлечением клиникотамнестического анализа обследован 621 пациент с параноидной шизофренией, находившийся на длительном стационарном (принудительном) лечении в Санкт-Петербургской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением в период с 2009 по 2023 год. Все обследуемые – мужчины в возрасте от 20 до 55 лет. Средний возраст обследуемых составил $29,4 \pm 1,2$ года. Средняя длительность процессуального заболевания – $16,1 \pm 1,3$ года. Тип течения шизофренического процесса: непрерывно-прогрессиентный (84%), приступообразно-прогрессиентный (16%). Средняя продолжительность пребывания на принудительном (стационарном) лечении составила $2,8 \pm 0,3$ года. Все обследуемые дали информированное согласие на участие в исследовании. Критериями включения служили: 1) соответствие диагноза параноидной шизофрении критериям МКБ-10 (F20.0); 2) состояние ремиссии; 3) несуицидальная аутоагрессия в момент нахождения на длительном стационарном (принудительном) лечении. Критериями исключения являлись: 1) психотический уровень расстройств на момент исследования; 2) аутоагрессивные действия в виде самоудушения как средства получения сексуального удовлетворения (асфиксифилия). Под ремиссией подразумевалось «ослабление и смягчение всей симптоматики, обеспечивающее в той или иной степени социальное

и трудовое приспособление больного, и обнимающее широкий диапазон состояний от граничащих с практическим восстановлением до тех, при которых уже отчетливо выступают симптомы дефекта» [5, 7]. Под определение «НААД» попадали самые разные действия, направленные против своего здоровья и сопровождавшиеся нарушением целостности (функций) органов или систем органов. При этом отсутствовала любая демонстрация намерения покончить жизнь самоубийством. При выборе клинико-психопатологических характеристик НААД использованы результаты исследований, посвященных суицидальному поведению – явлению, феноменологически близкому несуйцидальной аутоагрессии [2, 3]. Таким образом, в структуре НААД был выделен подготовительный период, непосредственно акт самоповреждения, а также период, следующий за актом самоповреждения, включая критическую оценку содеянного. Под паттерном НААП понимали устойчивую во времени форму реагирования в виде нанесения несуйцидальных самоповреждений в неблагоприятных для индивида условиях среды. Структуру паттерна НААП определяли дефицитарные (негативные) процессуальные изменения, а также клинические характеристики собственно НААД. Под дефицитарными (негативными) процессуальными изменениями понимались «такие последствия психического заболевания, которые наступают в условиях полной остановки процесса, приводят к стойкому (и не прогрессирующему) выпадению или диссоциации психических функций с изменением личности и сопровождаются снижением ее функционирования» [5, 7]. Для оценки регистра негативных расстройств использовались данные исследователей, позволяющие выделить изменения на тоническом, органоидном и личностном уровнях [8]. Также учитывались следующие клинико-катamnестические критерии: тип прогрессивности заболевания, инициальный период, характеристика периода развернутых психотических переживаний.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего было выделено три паттерна НААП у обследуемых лиц: идеаторный (188 чел.), аффективный (196 чел.) и поведенческий (237 чел.). Для идеаторного паттерна НААП было характерно следующее. Развитие шизофренического процесса, дебютировавшего в подростковом возрасте, соответствовало непрерывно-прогрессиентному типу течения. Это предопределяло периодическую экзacerbацию галлюцинаторно-бредовой симптоматики с нарастанием в межприступный период дефицитарных (негативных) расстройств. В ряду последних нарастало эмоциональное огрубление, снижение способности к целенаправленной волевой активности, непереносимость интеллектуальных и физических нагрузок. Наблюдались астенизация личности, снижение коммуникативной активности, безынициативность, сужение круга интересов до удовлетворения простейших бытовых потребностей. Схожим образом многие авторы описывают клиническую картину нарастающего дефекта личности по астеническому, апатоабулическому типу или, в современной интерпретации, негативные изменения тонического уровня. Данные изменения вели к снижению адаптационно-компенсаторных функций, проявлением которого служило нанесение несуйцидальных самоповреждений в условиях предъявления требований, непосильных для измененной болезнью личности. Наиболее полно это проявилось при нахождении таких пациентов на стационарном (принудительном) лечении, когда они были вынуждены соблюдать режимные требования длительное время

(психогении). Сохраняя импульсивный характер на последних этапах реализации, на начальном этапе планирования, обследуемые охотно обсуждали ход подготовки к реализации НААД с другими пациентами, выбирая наименее травмоопасный способ их реализации. Следовавшие затем НААД осуществлялись по принципу «последней капли», в значительной степени снимая аффективную напряженность пациентов. В дальнейшем НААД формировали устойчивую во времени протестную модель реагирования в условиях предъявления требований к индивиду, являясь псевдоадаптивными копинг-стратегиями. У части пациентов несуицидальные самоповреждения носили аутохтонный характер. В этом случае НААД сопровождали непродолжительные изменения психического состояния, при которых на срок в 2–3 недели нарастали астения, апатия, дезорганизация мышления, раздражительность, конфликтность, нарушения сна, появлялась протопатическая тревога. Подобные состояния описаны отечественными исследователями как состояния «эпизодического, кратковременного, неадекватного ситуации, колебания настроения и активности» [7]. В другой части случаев НААД ретроспективно расценивались как предвестники экзацербации психотической симптоматики, перед которой нарастали перепады настроения с тоскливо-подавленным аффектом, тревога, негативизм, нарушения сна. Сами НААД осуществлялись однократно, импульсивно, с формальной критической оценкой своего поведения. Таким образом, для идеаторного паттерна НААП были характерны негативные расстройства тонического уровня с наличием оформленного подготовительного периода перед НААД, однократный их характер, формальная критика к своему поведению.

Аффективный паттерн НААП имел следующие клинические характеристики. Развитие шизофренического процесса отвечало критериям приступообразно-прогредиентного течения, дебют которого приходился на возраст от 20 лет и старше. Психотические эпизоды соответствовали синдрому Кандинского – Клерамбо либо протекали по типу аффективно-бредовых приступов. Структуру болезни определяли два одновременно протекающих психопатологических процесса: экзогенно-органический и эндогенный. Экзогенно-органические изменения находили свое отражение в выраженных дисфорических реакциях, импульсивности, взрывчатости, метеозависимости, обстоятельности, ригидности мышления. Составляющими эндогенного процесса служили эмоциональная холодность, снижение способности к целенаправленной побудительной деятельности, характерные для шизофренического заболевания изменения мышления: атактические замыкания, шперрунги. В дальнейшем у таких пациентов нарастали дисмнестические нарушения на фоне выраженного снижения психической и социальной активности. Отмечались оскудение речи, шаблонность высказываний, снижение речевого запаса, а также трудности концентрации внимания, гипомимия. Подобные изменения сближали эндогенный процесс с далеко зашедшими экзогенно-церебральными изменениями в рамках психоорганического синдрома. Течение болезненного процесса соответствовало критериям нарастающего дефекта личности по параорганическому типу или негативному расстройству органического уровня. Проявлением снижения адаптационно-приспособительных функций являлось нарастание взрывчатости, импульсивности, учащение проявлений вербальной и физической агрессии. Аутохтонный вариант НААД был не характерен для данной группы пациентов. Кроме того, НААД, в силу импульсивности и взрывчатости пациентов, не формировали устойчивый во времени вариант

псевдоадаптивной копинг-стратегии, лишь изредка нося демонстративно-шантажный характер. Скорее НААД носили форму эмоциональной разрядки, по принципу «здесь и сейчас», на фоне аффективной суженности сознания и проявлений дисфории различной степени выраженности. В последующий за самоповреждением период отмечались явления раздражительной слабости и формальная критика своего состояния. Таким образом, для аффективного паттерна НААП были характерны негативные расстройства органоидного уровня, сочетающиеся с экзогенно-органическими изменениями, отсутствие подготовительного периода, однократный их характер, по принципу «аффективной разрядки», формальная критика к своему поведению.

При поведенческом паттерне НААП шизофренический процесс дебютировал в подростковом возрасте, соответствуя критериям гебоидного синдрома. Дальнейшее развитие болезненного процесса носило непрерывно-прогредиентный характер течения с замещением гебоидных проявлений на галлюцинаторно-бредовые переживания. При этом сохранялась высокая степень индивидуализации личности с наличием выраженных поведенческих (психопатоподобных) нарушений в межприступный период. Подобные изменения соответствовали представлениям отечественных авторов о становлении параноидной формы шизофрении с психопатоподобным началом [4, 9]. Доминирующими клинико-психопатологическими проявлениями становились эмоциональное огрубение, односторонняя активность, склонность к истероформным проявлениям, садистические тенденции, стремление к манипулятивному, демонстративно-шантажному поведению с элементами аутоагрессии. Подобные изменения отвечали критериям процессуальных изменений личностного уровня или психопатоподобной формы шизофренического дефекта. Обнаруживая известную эмоционально-волевою несостоятельность в гражданском социуме, пациенты легко приспосабливались к внутрибольничным условиям, активно добиваясь послаблений режимных требований, при сохранении негативизма к проводимому лечению. В основе реализуемых НААД можно выделить два условных пусковых механизма. В одном случае НААД отражали снижение адаптационно-компенсаторных функций при создании неблагоприятных микросоциальных условий для индивида, например, активном привлечении к психотерапевтической работе. В этом случае пациенты становились агрессивными, конфликтными, активно стремясь повлиять на ситуацию, в том числе за счет сутяжно-кверулянтских проявлений и собственно НААД. Подготовка к НААД носила тщательный, спланированный характер. Пациенты подбирали наименее травмоопасные способы нанесения несуицидальных самоповреждений, реализуя их на виду у медицинского персонала. Критика к своему поведению не наступала, сохранялся высокий риск повторения НААД, формируя устойчивую во времени псевдоадаптивную копинг-стратегию. Нанесение НААД по аутохтонному типу сопровождали изменения психического состояния, при которых на срок в 2–3 недели, при которых нарастали астения, апатия, дезорганизация мышления, раздражительность, конфликтность, нарушения сна, появлялась протопатическая тревога. Исходом подобных состояний могло служить следующее: 1) возвращение в исходное состояние; 2) нарастание психопатоподобных проявлений, служащих «фасадом» развернутого психотического эпизода; 3) подострое течение с волнообразным усилением психопатоподобных форм реагирования, отрывочными бредовыми идеями, транзиторными обманами восприятия, продолжительностью до 2–3 месяцев. Таким образом, для поведенческого паттерна НААП были характерны негативные

расстройства личностного уровня с наличием оформленного подготовительного периода перед НААД, склонность к многократному их повторению на фоне отсутствия критики к своему поведению.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Использованный клинико-катамнестический метод подтвердил свою эффективность в изучении пациентов с параноидной шизофренией с НААП, находящихся на принудительном лечении. Обобщенные результаты клинико-психопатологического исследования позволили выделить три паттерна НААП: идеаторный, аффективный и поведенческий. Установлено, что феноменологическая сущность выделенных паттернов НААП определяется степенью выраженности негативных изменений, затрагивающих три уровня психической деятельности: личностный, тонический и органоидный. Это соответствует представлениям отечественных авторов об особенностях синдрома кинеза шизофрении, отражающего последовательное нарастание в клинической картине негативных проявлений [7, 8]. При этом консолидация негативных изменений сопровождается подвижками в психическом состоянии, увеличивая риск реализации НААП. Подтверждена клиническая значимость коморбидных патологических процессов, в частности, резидуально-органических изменений ЦНС, формирующих благоприятную патоπλαстическую почву в становлении НААП у таких пациентов. Результаты исследования подтвердили мнение отечественных исследователей относительно единой патогенетической сущности суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных проявлений как отражения нарушения адаптационно-приспособительных функций [2, 3]. В своем развитии НААП у процессуальных больных проходит путь от клинического критерия выраженной социальной дезадаптации до формирования устойчивой псевдоадаптивной копинг-стратегии в конкретной микросоциальной среде (в данном случае – к условиям нахождения на принудительном лечении). В результате меняется собственно структура НААД: подготовительный период, стадия активных НААД, наконец, период, следующий за нанесением несуйцидальных самоповреждений.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация НААП у пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, определяется степенью выраженности негативных процессуальных изменений, ведущих к нарушению адаптационно-компенсаторных функций. Клинически значимым фактором, влияющим на становление НААП, являются резидуально-органические изменения ЦНС у таких пациентов. Выявленные клинические закономерности позволили выделить три паттерна НААП у обследуемых лиц: идеаторный, аффективный и поведенческий. Подобные изменения были установлены в ходе лонгитудинального наблюдения, клинико-катамнестического анализа полученных данных, что позволяет рекомендовать более активное использование подобного комплексного подхода в лечебно-диагностической работе с данной группой лиц.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Avedisova A.S., Zhabin M.O., Akzhigitov R.G., Gudkova A.A. The problem of multiple somatic and/or mental pathology. *Journal of Neurology and Psychiatry*. S.S. Korsakov. 2018;118(5):5–13. (in Russian)
2. Ambrumova A.G. *Diagnosis of suicidal behavior: methodological recommendations*. Moscow. Research Institute of Psychiatry. M, 1980; 48 p. (in Russian)
3. Ambrumova A.G. Suicide as a phenomenon of socio-psychological disadaptation of the individual. *Current problems of suicidology: collection. scientific works of the Moscow Research Institute of Psychiatry*. M, 1978:6–26. (in Russian)
4. Voronkov B.V. *Psychiatry of childhood and adolescence. Psychopathology. Diagnostics*. Clinic.-SPb.: Science and Technology. 2022; 448 p. (in Russian)
5. Zenevich G.V. *Remissions in schizophrenia*. L.: Medicine. 1964; 216 p. (in Russian)
6. Kravchenko I.V., Chizhikov I.I., Lvov N.N. Comparative analysis of the effectiveness of neuroleptics in patients with paranoid schizophrenia with a tonic type of defect and non-suicidal auto-aggressive actions. *Social and clinical psychiatry*. 2022;32(2):53–58. (in Russian)
7. Melekhov D.E. *Clinical basis for assessing performance in schizophrenia*. M.: Medgiz. 1963; 193 p. (in Russian)
8. Neznakov N.G., Ivanov M.V. *Negative and cognitive disorders in endogenous psychoses: diagnosis, clinic, therapy*. M.: MEDpress-inform. 2021; 320 p. (in Russian)
9. Panteleeva G.P., Tsutsulkovskaya M.Ya., Belyaev B.S. *Heboid schizophrenia*. M.: Medicine. 1986; 192 p. (in Russian)
10. Shmukler A.B. *Schizophrenia*. M.: GEOTAR-Media. 2021; 176 p. (in Russian)
11. Bachmann S., Schröder J. Neurological Soft Signs in Schizophrenia: An Update on the State- versus Trait-Perspective. *Front Psychiatry*. 2018;8(8):272. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00272
12. Berrios G.E., Marková I.S. Is the concept of "dimension" applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry*. 2013;12(1):76–8. doi: 10.1002/wps.20019
13. Correll C.U., Schooler N.R. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;21(16):519–534. doi: 10.2147/NDT.S225643
14. D'Anna G., Zarbo C., Cardamone G., Zamparini M., Calza S., Rota M., Correll C.U., Rocchetti M., Starace F., de Girolamo G.; DIAPASON collaborators. Interplay between negative symptoms, time spent doing nothing, and negative emotions in patients with schizophrenia spectrum disorders: results from a 37-site study. *Schizophrenia (Heidelberg)*. 2023;9(1):63. doi: 10.1038/s41537-023-00372-x
15. Galderisi S., Kaiser S., Bitter I., Nordentoft M., Mucci A., Sabé M. EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2021;64(1):21. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.13
16. Giordano G., Caporusso E., Pezzella P., Galderisi S. Updated perspectives on the clinical significance of negative symptoms in patients with schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2022;22(7):541–555. doi: 10.1080/14737175.2022.2092402
17. James S.H., Berglund A., Chang W.C., Strauss G.P. Discrepancies between ideal and actual affect in schizophrenia: Implications for understanding negative symptoms. *J Psychiatr Res*. 2022;155:313–319. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.09.024
18. Krynicki C.R., Upthegrove R., Deakin J.F.W., Barnes T.R.E. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(5):380–390. doi: 10.1111/acps.12873
19. Petrescu C., Papacoea I.R., Vilciu C., Mihalache O.A. The Impact of Antipsychotic Treatment on Neurological Soft Signs in Patients with Predominantly Negative Symptoms of Schizophrenia. *Biomedicines*. 2022;10(11):2939. doi: 10.3390/biomedicines10112939