

УДК: 16.89-02-056.7

Оригинальная статья / Original Article

<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2026-17-2-42-51>

Ассоциации наличия депрессивных, суицидальных, инсомнических и тревожных проявлений с выраженностью психопатологической симптоматики шизофрении

В.Р. Гашкаримов¹, К.А. Гасенко^{2,3}, Е.Р. Кунафина⁴, Л.А. Селина⁵, Т.С. Валеева⁴, Р.Р. Ганеев⁴,
А.Ф. Максюткова⁴, А.Р. Асадуллин^{4,6}

¹Республиканская клиническая психиатрическая больница, Уфа, Россия

²Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой, Омск, Россия

³Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия

⁴Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

⁵Уфимский университет науки и технологий, Уфа, Россия

⁶Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия

Автор, ответственный за переписку: Вадим Римович Гашкаримов, gashkarimov@yandex.ru

Аннотация. Цель: выявить ассоциации инсомнических, депрессивных, суицидальных, тревожных проявлений с выраженностью психопатологической симптоматики у людей с шизофренией. **Материалы и методы:** было проведено сравнительное кросс-секционное исследование 390 пациентов. В ходе работы были применены шкала PANSS, Питтсбургский индекс качества сна, шкала депрессии Калгари, Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений, шкала тревоги Гамильтона. Статистический анализ проводился с помощью U-критерия Манна — Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена. **Результаты:** инсомнические нарушения оказались связаны с симптомами P1, P3 и общим баллом по субшкале позитивных симптомов; депрессивные проявления были связаны с большей выраженностью всех позитивных и негативных симптомов за исключением P4, P5, N5; тревожные проявления — с большей выраженностью симптомов P3, P6 и с меньшей выраженностью симптомов N2, N3, N6; интенсивность суицидальных мыслей положительно коррелировала с тяжестью симптомов P3, P6, N4, а также с общим баллом по шкале позитивных симптомов; наличие же суицидальной попытки в анамнезе оказалось ассоциировано с более тяжёлыми симптомами P1, P3, P6. **Заключение:** инсомнические, депрессивные, тревожные проявления и суицидальные феномены оказались связаны с выраженностью психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией, но характер связей оказался неоднородным. Выраженность инсомнических нарушений положительно коррелировала с выраженностью позитивных симптомов. Депрессивная симптоматика, суицидальные феномены и тревожные проявления были ассоциированы с выраженностью как позитивных, так и негативных симптомов.

Ключевые слова: шизофрения, депрессия, инсомния, тревога, суицид.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Гашкаримов В.Р., Гасенко К.А., Кунафина Е.Р., Селина Л.А., Валеева Т.С., Ганеев Р.Р., Максюткова А.Ф., Асадуллин А.Р. Ассоциации наличия депрессивных, суицидальных, инсомнических и тревожных проявлений с выраженностью психопатологической симптоматики шизофрении. *Медицинский вестник Юга России*. 2026;17(2):42-51. DOI 10.21886/2219-8075-2026-17-2-42-51.

Associations between depressive, suicidal, insomnic, and anxiety manifestations and the severity of psychopathological symptoms in schizophrenia

V.R. Gashkarimov¹, K.A. Gasenko^{2,3}, E.R. Kunafina⁴, L.A. Selina⁵, T.S. Valeeva⁴, R.R. Ganeev⁴,
A.F. Maksyutova⁴, A.R. Asadullin^{4,6}

¹Republican Clinical Psychiatric Hospital, Ufa, Russia

²Omsk Regional Psychiatric Hospital named after N.N. Solodnikov, Omsk, Russia

³Omsk State Medical University, Omsk, Russia

⁴Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

⁵Ufa University of Science and Technology, Ufa, Russia

⁶Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Saratov, Russia

Corresponding author: Vadim R. Gashkamirov, gashkarimov@yandex.ru

Abstract. Objective: to identify associations of insomnic, depressive, suicidal, and anxiety manifestations with the severity of psychopathological symptoms in individuals with schizophrenia. **Materials and methods:** a comparative cross-sectional study of 390 patients was conducted. The following scales were used: PANSS, Pittsburgh Sleep Quality Index, Calgary Depression Scale, Columbia Suicide Severity Scale, Hamilton Anxiety Scale. Statistical analysis was performed using the Mann-Whitney U-test and Spearman rank correlation coefficient. **Results:** insomnia disorders were associated with symptoms P1, P3 and the total score on the positive symptoms subscale; depressive manifestations were associated with greater severity of all positive and negative symptoms except P4, P5, N5; anxious manifestations - with greater severity of symptoms P3, P6, and with lesser severity of symptoms N2, N3, N6; the intensity of suicidal thoughts intensity positively correlated with the severity of symptoms P3, P6, N4, as well as with the total score on the positive symptoms scale; A history of suicide attempt was associated with more severe symptoms of P1, P3, and P6. **Conclusion:** insomnia, depressive, anxiety, and suicidal tendencies were associated with the severity of psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia, but the nature of the associations was heterogeneous. The severity of insomnia disorders was positively correlated with the severity of positive symptoms. Depressive symptoms, suicidal tendencies, and anxiety were associated with the severity of both positive and negative symptoms.

Keywords: schizophrenia, depression, insomnia, anxiety, suicide.

Financing. The study did not have sponsorship.

For citation: Gashkarimov V.R., Gasenko K.A., Kunafina E.R., Selina L.A., Valeeva T.S., Ganeev R.R., Maksyutova A.F., Asadullin A.R. Associations between depressive, suicidal, insomnic, and anxiety manifestations and the severity of psychopathological symptoms in schizophrenia. *Medical Herald of the South of Russia*. 2026;17(2):42-51. DOI 10.21886/2219-8075-2026-17-2-42-51.

Введение

Шизофрения является гетерогенным заболеванием по своей клинической структуре. Помимо ядра психотической симптоматики, у многих пациентов выявляются такие нарушения, как инсомния, депрессивные и тревожные проявления, суицидальные мысли и другие сопутствующие симптомы [1, 2]. В рамках биопсихосоциальной модели шизофрении эти компоненты занимают важное место, поскольку они встроены как в психологический, так и в социальный уровни патогенеза и в совокупности могут утяжелять течение расстройства и усложнять терапию [3, 4].

Инсомния — одна из наиболее значимых проблем для людей со шизофренией. Связь между шизофренией и инсомнией рассматривается как двунаправленная: психотическое расстройство способно провоцировать и поддерживать бессонницу, тогда как инсомния в свою очередь усиливает выраженность психопатологических проявлений [5]. Тяжесть нарушений сна положительно коррелирует с позитивными и общими симптомами по PANSS [6], что воспроизводится и в других исследованиях [7–9].

Депрессивная симптоматика также связана с большей тяжестью клинической картины шизофрении. У пациентов с депрессивными проявлениями суммарный балл PANSS и показатели по всем подшкалам выше, чем у пациентов без депрессии [10]. В работе Barkhatova A., Sorokin S. показано, что при стойкой апатической депрессии отмечаются более высокие значения по шкале негативных симптомов и менее благоприятный прогноз [11]. В другом продольном исследовании продемонстрирована сопряженность динамики депрессии с позитивной симптоматикой шизофрении: по мере редукции позитивных симптомов ослабевают и депрессивные проявления [12]. Суицидальные мысли и поведение как возможные следствия выраженной депрессии ассоциируются с более высоким уровнем позитивных и более низким уровнем негативных симптомов [13]. Отдельно также показана связь суицидальных мыслей с общей психопатологией по шкале PANSS и более высокими когнитивными показателями, что авторы рассматривают как потенциальный

фактор риска суицидального поведения у людей с шизофренией [14].

Тревожные расстройства встречаются примерно у 38% пациентов с шизофренией и нередко бывают сопряжены с депрессивностью, суицидальными тенденциями и большей выраженностью психопатологии [15]. В обзоре Hartley S. и соавт. наличие тревоги связано с тяжестью позитивных симптомов [16]. Высокий уровень тревоги также ассоциирован с более выраженным галлюцинаторным поведением, склонностью к замкнутости, депрессивностью и худшим функциональным исходом, но при этом — с более критичным отношением к своему заболеванию [17]. В ряде работ тревога сопряжена преимущественно с позитивной симптоматикой [18], тогда как другие исследования фиксируют связи как с позитивными, так и с негативными симптомами [19, 20].

В совокупности инсомния, депрессивные проявления, тревожные расстройства и суицидальные тенденции существенно модифицируют выраженность психопатологических симптомов при шизофрении и влияют на клиническое течение. Предполагается, что их эффекты реализуются через сложные нейробиологические и психопатологические механизмы: дисфункцию нейротрансмиттерных систем, нарушения регуляции высших психических функций и нейропластичности с одновременным вкладом психологических и социальных факторов. Всё вышеизложенное указывает на необходимость целенаправленного выявления и лечения данных состояний для снижения тяжести заболевания и улучшения качества жизни пациентов.

Цель исследования — выявить ассоциации инсомнических, депрессивных, суицидальных, тревожных проявлений с выраженностью психопатологической симптоматики у людей с шизофренией.

Материалы и методы

Было проведено сравнительное кросс-секционное исследование пациентов с параноидной шизофренией F20.0, находящихся на стационарном лечении на 14–21-й день госпитализации. От всех участников были получено письменное добровольное информированное согласие

Таблица / Table 1

Ассоциации тяжести инсомнии и выраженности психопатологической симптоматики (составлено авторами)
Associations of insomnia severity and severity of psychopathological symptoms (compiled by the authors)

Симптом <i>Symptom</i>	Коэффициент корреляции <i>Correlation coefficient</i>	p-value
P1 Бред / <i>Delusions</i>	0,126	0,013*
P2 Дезорганизация мышления / <i>Conceptual disorganization</i>	0,045	0,378
P3 Галлюцинаторное поведение / <i>Hallucinations</i>	0,179	<0,001*
P4 Психомоторное возбуждение / <i>Excitement</i>	0,029	0,572
P5 Идеи величия / <i>Grandiosity</i>	0,049	0,336
P6 Подозрительность / <i>Suspiciousness/persecution</i>	0,132	0,01*
P7 Враждебность / <i>Hostility</i>	0,012	0,81
Р общий балл / <i>Total score</i>	0,159	0,002*
N1 Приглушенный аффект / <i>Blunted affect</i>	-0,044	0,389
N2 Эмоциональная отгороженность / <i>Emotional withdrawal</i>	-0,019	0,703
N3 Трудности в общении / <i>Poor rapport</i>	-0,049	0,333
N4 Пассивно-апатическая социальная отгороженность / <i>Passive/apathetic social withdrawal</i>	0,041	0,427
N5 Нарушение абстрактного мышления / <i>Difficulty in abstract thinking</i>	-0,082	0,105
N6 Нарушение спонтанности и плавности речи / <i>Lack of spontaneity and flow of conversation</i>	-0,046	0,372
N7 Стереотипное мышление / <i>Stereotyped thinking</i>	-0,049	0,341
N общий балл / <i>Total score</i>	-0,044	0,388

Примечание: * — $p < 0,05$.

Note: * — $p < 0.05$.

на участие в исследовании. Данное исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (Протокол №2 от 27.02.2019). Исследование проводилось на базе Республиканской клинической психиатрической больницы (г. Уфа, Республика Башкортостан). Для формирования выборки были разработаны критерии включения, невключения и исключения. Критерии включения:

1. Наличие верифицированного диагноза F20.0 «Параноидная шизофрения» в соответствии критериями МКБ-10.
2. Возраст от 18 до 60 лет.
3. Не менее 14 дней и не более 21 дня с момента госпитализации.

Критерии невключения:

1. Недееспособность.
2. Зависимость от психоактивных веществ (за исключением никотина).
3. Причины, затрудняющие вербальный контакт.
4. Сопутствующие психические патологии.
5. Наличие тяжелой соматической патологии в фазе обострения.

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании после его начала и выявление критериев невключения в процессе клинического интервью.

Всего были скринированы 408 пациентов, 28 не были включены в исследование в соответствии с критериями невключения. В итоговую выборку были включены 390 пациентов. Для проведения исследования применялись клиничко-психопатологический и статистический

методы исследования. Клиничко-психопатологический метод включал в себя проведение развернутого клинического интервью, направленного на сбор анамнестических данных, а также анализ медицинской документации. Для количественной оценки выраженности психопатологических симптомов у пациентов с шизофренией применялась шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) [20], для изучения структуры и выраженности нарушений сна применялся Питтсбургский индекс качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) [21], для выявления и количественной оценки депрессивных проявлений у пациентов с шизофренией использовалась Шкала депрессии Калгари (Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS) [22], для комплексной оценки риска суицида применялась Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) [23], для выявления и оценки выраженности тревожных проявлений использовалась Шкала тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) [24]. Анализ полученных данных проводился с использованием программных пакетов STATISTICA 10 (StatSoft, США), Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 26. Проверка нормальности распределения количественных данных осуществлялась с помощью критерия Шапиро – Уилка. Сравнение количественных показателей между двумя независимыми выборками проводилось с использованием U-критерия Манна – Уитни. Для оценки корреляционных связей между количественными переменными использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Выбор непараметрических методов

Таблица / Table 2

Ассоциации тяжести депрессивных проявлений и выраженности психопатологической симптоматики
(составлено авторами)

Associations of severity of depressive symptoms and severity of psychopathological symptoms (compiled by the authors)

Симптом Symptom	Коэффициент корреляции Correlation coefficient	p-value
P1 Бред / <i>Delusions</i>	0,154	0,002*
P2 Дезорганизация мышления / <i>Conceptual disorganization</i>	0,11	0,029*
P3 Галлюцинаторное поведение / <i>Hallucinations</i>	0,13	0,01*
P4 Психомоторное возбуждение / <i>Excitement</i>	0,067	0,187
P5 Идеи величия / <i>Grandiosity</i>	-0,042	0,41
P6 Подозрительность / <i>Suspiciousness/persecution</i>	0,239	<0,001*
P7 Враждебность / <i>Hostility</i>	0,131	0,009*
P общий балл / <i>Total score</i>	0,2	<0,001*
N1 Приглушенный аффект / <i>Blunted affect</i>	0,239	<0,001*
N2 Эмоциональная отгороженность / <i>Emotional withdrawal</i>	0,240	<0,001*
N3 Трудности в общении / <i>Poor rapport</i>	0,201	<0,001*
N4 Пассивно-апатическая социальная отгороженность / <i>Passive/apathetic social withdrawal</i>	0,366	<0,001*
N5 Нарушение абстрактного мышления / <i>Difficulty in abstract thinking</i>	0,092	0,071
N6 Нарушение спонтанности и плавности речи / <i>Lack of spontaneity and flow of conversation</i>	0,202	<0,001*
N7 Стереотипное мышление / <i>Stereotyped thinking</i>	0,142	0,005*
N общий балл / <i>Total score</i>	0,271	<0,001*

Примечание: * — $p < 0,05$.Note: * — $p < 0.05$.

обусловливался отклонением распределения некоторых переменных от нормального.

Результаты

В итоговую выборку вошли N=390 пациентов; средний возраст составил 40.8 ± 9.2 года. Мужчины — 55.1% (n=215), женщины — 44.9% (n=175). Средний суммарный балл по PANSS составил 73.41 ± 20.11 ; по позитивной подшкале (P) — 16.06 ± 4.54 , по негативной (N) — 22.64 ± 7.18 . Согласно шкале PSQI, 230 пациентов (59, 0%) набрали >5 баллов, что соответствует клинически значимым инсомническим нарушениям. Средний балл по шкале PSQI составил 6.8. По шкале CDSS 124 пациента (31.8%) имели ≥ 6 баллов, то есть признаки депрессивного расстройства, средний балл по данной шкале составил 4.63. По шкале тревоги Гамильтона (HARS) 71 пациент (18.2%) набрал ≥ 18 баллов, что указывает на клинически выраженные тревожные проявления, средний балл по шкале HARS составил 9.98.

С помощью метода ранговой корреляции Спирмена были проанализированы возможные ассоциации между выраженностью негативных и позитивных симптомов и тяжестью инсомнических нарушений, результаты представлены в таблице 1.

Согласно, результатам из таблицы 1 тяжесть инсомнических нарушений положительно коррелировала с выраженностью некоторых позитивных симптомов шизофрении: P1 Бред, P3 Галлюцинаторное поведение, P6 Подозрительность, P общий балл.

Ассоциации между выраженностью психопатологической симптоматикой и тяжестью депрессивных проявлений анализировались с помощью метода ранговой корреляции Спирмена, результаты представлены в таблице 2.

Согласно результатам, представленным в таблице 2, пациенты с более тяжёлыми депрессивными проявлениями имели большую выраженность всех позитивных и негативных симптомов шизофрении, за исключением P4 Психомоторного возбуждения, P5 Идеи величия, N5 Нарушения абстрактного мышления.

С помощью отдельной подшкалы интенсивности суицидальных мыслей Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS) была определена интенсивность суицидальных мыслей у пациентов, далее показатели этой подшкалы были сравнены с выраженностью негативных и позитивных симптомов шизофрении с использованием метода ранговой корреляции Спирмена, результаты представлены в таблице 3.

Согласно результатам таблицы 3, интенсивность суицидальных мыслей положительно коррелировала с тяжестью таких симптомов, как P3 Галлюцинаторное поведение, P6 Подозрительность, N4 Пассивно-апатическая социальная отгороженность, а также с общим баллом по шкале позитивных симптомов.

С помощью клинического интервьюирования и анализа медицинской документации мы выяснили, что у 74 пациентов из нашей выборки (19%) в анамнезе была хотя бы одна суицидальная попытка. С помощью U-критерия

Таблица / Table 3

Ассоциации интенсивности суицидальных мыслей и выраженности психопатологической симптоматики
(составлено авторами)

Associations of suicidal ideation intensity and severity of psychopathological symptoms (compiled by the authors)

Симптом Symptom	Коэффициент корреляции Correlation coefficient	p-value
P1 Бред / Delusions	0.091	0.074
P2 Дезорганизация мышления / Conceptual disorganization	0.06	0.239
P3 Галлюцинаторное поведение / Hallucinations	0.138	0.006*
P4 Психомоторное возбуждение / Excitement	0.052	0.303
P5 Идеи величия / Grandiosity	0.035	0.488
P6 Подозрительность / Suspiciousness/persecution	0.12	0.017*
P7 Враждебность / Hostility	0.051	0.314
P общий балл / Total score	0.132	0.009*
N1 Приглушенный аффект / Blunted affect	0.089	0.078
N2 Эмоциональная отгороженность / Emotional withdrawal	0.117	0.021*
N3 Трудности в общении / Poor rapport	0.092	0.071
N4 Пассивно-апатическая социальная отгороженность / Passive/apathetic social withdrawal	0.147	0.004*
N5 Нарушение абстрактного мышления / Difficulty in abstract thinking	0.008	0.876
N6 Нарушение спонтанности и плавности речи / Lack of spontaneity and flow of conversation	0.036	0.476
N7 Стереотипное мышление / Stereotyped thinking	0.031	0.535
N общий балл / Total score	0.089	0.08

Примечание: * — $p < 0.05$.Note: * — $p < 0.05$.

Манна – Уитни проанализированы ассоциации между наличием суицидальной попытки в анамнезе и выраженностью позитивных и негативных симптомов шизофрении, результаты представлены в таблице 4.

При сравнении групп были обнаружены статистически значимые ассоциации между наличием суицидальной попытки в анамнезе и общим баллом по шкале позитивных симптомов, а также с отдельными симптомами (P1 Бред, P3 Галлюцинаторное поведение, P6 Подозрительность).

С помощью метода ранговой корреляции Спирмена были проанализированы показатели шкалы тревоги Гамильтона с выраженностью негативных и позитивных симптомов шизофрении, результаты представлены в таблице 5.

Согласно результатам таблицы 5, количество баллов по шкале тревоги Гамильтона положительно коррелировало с общим баллом по шкале позитивных симптомов, а также с баллами по шкалам «P3 Галлюцинаторное поведение», «P6 Подозрительность» и отрицательно коррелировало со шкалами «N2 Эмоциональная отгороженность», «N3 Трудности в общении», «N6 Нарушение спонтанности и плавности речи».

Обсуждение

В представленном исследовании инсомнические, депрессивные, тревожные нарушения закономерно ассоциировались с большей выраженностью психотической симптоматики, но паттерн ассоциаций оказался

неоднородным. Инсомнические нарушения коррелировали преимущественно с позитивными симптомами («P1 Бред», «P3 Галлюцинаторное поведение», «P6 Подозрительность», а также суммарный балл по шкале «P»), тогда как существенных ассоциаций с подшкалой негативных симптомов выявлено не было. Полученные данные можно интерпретировать следующим образом. Инсомнические нарушения способны усиливать позитивную симптоматику шизофрении через нарушения регуляции дофаминергической и серотонинергической нейротрансмиссии [25, 26], а также вследствие дисфункции префронтальных и лимбических структур, обеспечивающих когнитивный контроль и эмоциональную регуляцию [27]. Также дефицит сна сопряжён с повышением физиологического стресса и снижением способности к критической переработке восприятия и суждений [28], что дополнительно обуславливает интенсивность позитивной симптоматики. В то же время более тяжёлая психотическая симптоматика усугубляет инсомнию, формируя двунаправленную и самоподдерживающуюся связь между психотическими симптомами и нарушениями сна.

Наличие депрессивной симптоматики продемонстрировало наиболее широкий спектр ассоциаций. Были выявлены ассоциации как с позитивными, так и с негативными симптомами (за исключением «P4 Психомоторного возбуждения», «P5 Идеи величия» и «N5 Нарушения абстрактного мышления»). Депрессивная симптоматика, вероятно, усиливает как продуктивные, так и негативные проявления за счёт снижения

Таблица / Table 4

Ассоциации наличия суицидальной попытки в анамнезе и выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с шизофренией (составлено авторами)
Associations of a history of suicide attempt and severity of psychopathological symptoms in patients with schizophrenia (compiled by the authors)

Симптом Symptom	Была суицидальная попытка в анамнезе History of suicide attempt (N – 74)			Не было суицидальной попытки в анамнезе No history of suicide attempt (N – 316)			U	p-value
	Mean	Std. Dev	Med.	Mean	Std. Dev	Med.		
P1 Бред / <i>Delusions</i>	3,59	1,5	3	2,91	1,27	2,5	14864,5	<0,001*
P2 Дезорганизация мышления / <i>Conceptual disorganization</i>	3,26	1,19	3	3,04	1,06	3	12856	0,163
P3 Галлюцинаторное поведение / <i>Hallucinations</i>	2,7	1,3	2	2,22	1,1	2	14427	0,001*
P4 Психомоторное возбуждение / <i>Excitement</i>	1,97	1,17	1,5	1,92	1,03	2	11708	0,984
P5 Идеи величия / <i>Grandiosity</i>	1,89	1,27	1	1,82	1,16	1	11873	0,82
P6 Подозрительность / <i>Suspiciousness/persecution</i>	2,84	1,55	3	2,34	1,25	2	13764,5	0,014*
P7 Враждебность / <i>Hostility</i>	1,58	0,81	1	1,39	0,65	1	13011,5	0,068
P общий балл / <i>Total score</i>	17,84	5,12	18	15,66	4,29	15	14704,5	0,001*
N1 Притупленный аффект / <i>Blunted affect</i>	3,49	1,33	3	3,46	1,36	3	11765,5	0,931
N2 Эмоциональная отгороженность / <i>Emotional withdrawal</i>	3,09	1,28	3	3,12	1,19	3	11358,5	0,69
N3 Трудности в общении / <i>Poor rapport</i>	2,93	1,16	3	2,88	1,14	3	11911,5	0,72
N4 Пассивно-апатическая социальная отгороженность / <i>Passive/apathetic social withdrawal</i>	3,3	1,51	3	3,25	1,4	3	11753,5	0,942
N5 Нарушение абстрактного мышления / <i>Difficulty in abstract thinking</i>	3,73	1,48	4	4,03	1,6	4	10535,5	0,177
N6 Нарушение спонтанности и плавности речи / <i>Lack of spontaneity and flow of conversation</i>	2,96	1,26	2,5	2,91	1,26	2	11908	0,793
N7 Стереотипное мышление / <i>Stereotyped thinking</i>	3,04	1,29	3	3,06	1,2	3	11432	0,756
N общий балл / <i>Total score</i>	22,46	7,29	21	22,68	7,04	22	11340,5	0,687

Примечание: * — $p < 0.05$.

Note: * — $p < 0.05$.

мотивации, энергетического ресурса и когнитивной активности, а также за счёт повышения дистресса и фиксации на патологических переживаниях [29, 30]. По нашему мнению, аффективная дисрегуляция может потенцировать бредовые интерпретации и углублять социальную отгороженность, эмоциональную холодность и коммуникативные нарушения. Отсутствие связей с психомоторным возбуждением, идеями величия и нарушением абстрактного мышления указывает на относительную автономность этих феноменов от аффективного компонента и их вероятную обусловленность иными нейробиологическими механизмами.

Суицидальные феномены в рамках нашего исследования также оказались ассоциированы с тяжестью некоторых психопатологических симптомов. Интенсивность суицидальных мыслей положительно коррелировала с «P3 Галлюцинаторным поведением», «P6 Подозрительностью» и «N4 Пассивно-апатической социальной отгороженностью», а наличие суицидальной попытки в анамнезе — с более высокими значениями P-подшкалы (включая «P1 Бред», «P3 Галлюцинаторное поведение», «P6 Подозрительность»). Полученные результаты также позволяют предположить, что нарастание галлюцинаторных переживаний и параноидной интерпретации

Таблица / Table 5

Ассоциации тяжести тревожных проявлений и выраженности психопатологической симптоматики
(составлено авторами)

Associations of severity of anxiety symptoms and severity of psychopathological symptoms (compiled by the authors)

Симптом <i>Symptom</i>	Коэффициент корреляции <i>Correlation coefficient</i>	p-value
P1 Бред / <i>Delusions</i>	0,077	0,127
P2 Дезорганизация мышления / <i>Conceptual disorganization</i>	-0,095	0,062
P3 Галлюцинаторное поведение / <i>Hallucinations</i>	0,203	<0,001*
P4 Психомоторное возбуждение / <i>Excitement</i>	0,057	0,265
P5 Идеи величия / <i>Grandiosity</i>	-0,076	0,135
P6 Подозрительность / <i>Suspiciousness/persecution</i>	0,146	0,004*
P7 Враждебность / <i>Hostility</i>	-0,058	0,256
P общий балл / <i>Total score</i>	0,114	0,025*
N1 Приглушенный аффект / <i>Blunted affect</i>	-0,055	0,279
N2 Эмоциональная отгороженность / <i>Emotional withdrawal</i>	-0,105	0,039*
N3 Трудности в общении / <i>Poor rapport</i>	-0,131	0,01*
N4 Пассивно-апатическая социальная отгороженность / <i>Passive/apathetic social withdrawal</i>	-0,024	0,64
N5 Нарушение абстрактного мышления / <i>Difficulty in abstract thinking</i>	-0,047	0,351
N6 Нарушение спонтанности и плавности речи / <i>Lack of spontaneity and flow of conversation</i>	-0,155	0,002*
N7 Стереотипное мышление / <i>Stereotyped thinking</i>	-0,109	0,032
N общий балл / <i>Total score</i>	-0,098	0,054

Примечание: * — $p < 0.05$.Note: * — $p < 0.05$.

происходящего (шкалы P3 и P6) повышает уровень психологического дистресса, формируя чувство безысходности и утраты контроля и тем самым способствуя возникновению и интенсификации суицидальных мыслей. Пассивно-апатическая социальная отгороженность (шкала N4) усиливает изоляцию и дефицит социальной поддержки, лишая пациента ресурсов для эмоциональной компенсации и тем самым дополнительно повышая суицидальный риск.

Наличие тревожных проявлений продемонстрировало двоякий паттерн ассоциаций: положительные связи были обнаружены с позитивной симптоматикой («P3 Галлюцинаторное поведение», «P6 Подозрительность») и отрицательные — с рядом негативных симптомов («N2 Эмоциональная отгороженность», «N3 Трудности в общении», «N6 Нарушение спонтанности и плавности речи»). Возможно, повышенный уровень тревоги может усиливать позитивные симптомы через гиперактивацию лимбических структур и чрезмерную чувствительность к внутренним и внешним стимулам, что проявляется интенсификацией галлюцинаций (P3) и параноидной настороженности (P6) [31]. При этом тревога способна частично маскировать или поведенчески компенсировать отдельные негативные проявления [32].

Несмотря на репрезентативный размер выборки ($N=390$), проведенное исследование имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации

результатов. Во-первых, дизайн исследования был кросс-секционным, что не позволяет делать выводы о причинно-следственных связях между инсомническими, депрессивными, тревожными проявлениями и выраженностью психопатологической симптоматики. Для установления динамических взаимосвязей требуется продольное наблюдение. Во-вторых, включение пациентов осуществлялось на 14–21-й день госпитализации, то есть в условиях уже начатой антипсихотической терапии. Это могло частично модифицировать как выраженность психопатологических симптомов, так и аффективных и инсомнических проявлений, влияя на корреляционные связи. В-четвертых, в исследовании не были детально проанализированы возможные внешние факторы и сопутствующие соматические заболевания, которые могли оказывать влияние на выраженность психопатологической симптоматики и исследуемых феноменов.

Выводы

Результаты нашего исследования показали, что инсомнические, депрессивные и тревожные проявления действительно связаны с выраженностью психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией, но характер этих связей оказался неоднородным. Нарушения сна в большей степени ассоциировались с позитивными симптомами (бредовыми идеями, галлюцинациями и подозрительностью), что согласуется с

представлением о двунаправленном влиянии психотических феноменов и бессонницы. Депрессивная симптоматика, напротив, показала наиболее широкий спектр ассоциаций, охватывая как продуктивные, так и негативные проявления, что подчеркивает её значимую роль в утяжелении течения болезни и ухудшении прогноза. Суицидальные феномены, включая как мысли о самоубийстве, так и факт наличия попытки суицида в анамнезе, оказались связаны прежде всего с позитивной симптоматикой, а также с отдельными негативными нарушениями, что делает их важным индикатором клинического риска. Тревожные проявления показали двойственную картину

ассоциаций: с одной стороны, они усиливали продуктивную симптоматику (галлюцинации, параноидную настроенность), с другой — сопровождалась менее выраженными отдельными негативными симптомами, что может отражать их частичный компенсаторный эффект. Всё это в совокупности говорит о том, что инсомния, депрессия, тревожность и суицидальные феномены являются важными модификаторами клинической картины шизофрении и должны становиться предметом систематической диагностики и целенаправленной терапии, чтобы снизить тяжесть заболевания, уменьшить риск суицидального поведения и повысить качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

- Krynicky CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;137(5):380-390. <https://doi.org/10.1111/acps.12873>
- Mavrogiorou P, Haller K, Juckel G. Death anxiety and attitude to death in patients with schizophrenia and depression. *Psychiatry Res.* 2020;290:113148. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113148>
- Mulligan LD, Haddock G, Emsley R, Neil ST, Kyle SD. High resolution examination of the role of sleep disturbance in predicting functioning and psychotic symptoms in schizophrenia: A novel experience sampling study. *J Abnorm Psychol.* 2016;125(6):788-797. <https://doi.org/10.1037/abn0000180>
- Braga RJ, Reynolds GP, Siris SG. Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2013;210(1):1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.030>
- Cosgrave J, Wulff K, Gehrman P. Sleep, circadian rhythms, and schizophrenia: where we are and where we need to go. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(3):176-182. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000419>
- Гашкаримов В.Р., Султанова Р.И., Исламова Э.Д., Гасенко К.А., Ефремов И.С., и др. Структура инсомнии и ее связь с выраженностью психопатологических симптомов у людей с шизофренией (пилотное исследование). *Психическое здоровье.* 2021;(7):36-42. Gashkarimov V.R., Sultanova R.I., Islamova E.D., Gasenko K.A., Efremov I.S., et al. The structure of insomnia and its relation to the severity of psychopathological symptoms in people with schizophrenia (pilot study). *Mental health.* 2021;(7):36-42. (In Russ.). <https://doi.org/10.25557/2074-014X.2021.07.36-42>
- Ayers N, McCall WV, Miller BJ. Sleep Problems, Suicidal Ideation, and Psychopathology in First-Episode Psychosis. *Schizophr Bull.* 2024;50(2):286-294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad045>
- Miller BJ, McCall WV, Xia L, Zhang Y, Li W, et al. Insomnia, suicidal ideation, and psychopathology in Chinese patients with chronic schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2021;111:110202. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110202>
- Cohen S, Goldsmith DR, Ning CS, Addington J, Bearden CE, et al. Sleep disturbance, suicidal ideation and psychosis-risk symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychiatry Res.* 2024;341:116147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116147>
- Султанова Р.И., Гашкаримов В.Р., Ефремов И.С., Асадуллин А.Р. Клинические особенности у пациентов с депрессивными проявлениями при шизофрении. *Психическое здоровье.* 2023;18(7):11-20. Sultanova R.I., Gashkarimov V.R., Efremov I.S., Asadullin A.R. Clinical features in patients with depressive symptoms in schizophrenia. *Mental health.* 2023;18(7):11-20. (In Russ.). eLIBRARY ID: 54595211 EDN: VVWIIP
- Barkhatova A, Sorokin S. Differences in the dynamics of schizophrenia with the formation of episodic and persistent apathetic depressions. *Eur Psychiatry.* 2024;67(Suppl 1):S752-3. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1566>
- Pelizza L, Leuci E, Quattrone E, Paulillo G, Azzali S, et al. Depressed Mood in First Episode Schizophrenia: Findings From a 1-Year Follow-Up in an Italian Real-World Care Setting. *Psychiatry.* 2023;86(2):164-166. <https://doi.org/10.1080/00332747.2022.2120308>
- Wang W, Zhou Y, Wang J, Xu H, Wei S, et al. Prevalence, clinical correlates of suicide attempt and its relationship with empathy in patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2020;99:109863. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.109863>
- Kim JS, Baek SH, Kim H, Kim JW, Kang HJ, et al. Association between suicidal ideation and cognitive function in young patients with schizophrenia spectrum disorder. *Front Psychiatry.* 2023;14:1276511. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1276511>
- Temmingh H, Stein DJ. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs.* 2015;29(10):819-832. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0282-7>
- Hartley S, Barrowclough C, Haddock G. Anxiety and depression in psychosis: a systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;128(5):327-346. <https://doi.org/10.1111/acps.12080>
- Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116(4):290-298. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01067.x>
- Huppert JD, Smith TE. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectr.* 2005;10(9):721-731. <https://doi.org/10.1017/s1092852900019714>
- Naidu K, van Staden WC, van der Linde M. Severity of psychotic episodes in predicting concurrent depressive and anxiety features in acute phase schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2014;14:166. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-166>

20. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Slepecky M, Ociskova M. Positive and negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits - a cross-sectional study. *Neuro Endocrinol Lett*. 2018;39(1):9-18. PMID: 29604619
21. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
22. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
23. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry Suppl*. 1993;(22):39-44. PMID: 8110442
24. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
25. Elmenhorst D, Kroll T, Matusch A, Bauer A. Sleep deprivation increases cerebral serotonin 2A receptor binding in humans. *Sleep*. 2012;35(12):1615-1623. <https://doi.org/10.5665/sleep.2230>
26. Volkow ND, Wang GJ, Telang F, Fowler JS, Logan J, et al. Sleep deprivation decreases binding of [¹¹C]raclopride to dopamine D2/D3 receptors in the human brain. *J Neurosci*. 2008;28(34):8454-8461. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1443-08.2008>
27. Goldstein AN, Walker MP. The role of sleep in emotional brain function. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:679-708. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153716>
28. Alhola P, Polo-Kantola P. Sleep deprivation: Impact on cognitive performance. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2007;3(5):553-567. PMID: 19300585; PMCID: PMC2656292.
29. Rahme C, El Kadri N, Haddad C, Fekih-Romdhane F, Obeid S, Hallit S. Exploring the association between lifetime traumatic experiences and positive psychotic symptoms in a group of long-stay patients with schizophrenia: the mediating effect of depression, anxiety, and distress. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):29. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04531-3>
30. Edwards CJ, Garety P, Hardy A. The relationship between depressive symptoms and negative symptoms in people with non-affective psychosis: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(15):2486-2498. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002381>
31. Sun X, So SH, Chan RCK, Chiu CD, Leung PWL. Worry and metacognitions as predictors of the development of anxiety and paranoia. *Sci Rep*. 2019;9(1):14723. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-51280-z>
32. Demyttenaere K, Anthonis E, Acsai K, Correll CU. Depressive Symptoms and PANSS Symptom Dimensions in Patients With Predominant Negative Symptom Schizophrenia: A Network Analysis. *Front Psychiatry*. 2022;13:795866. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.795866>

Информация об авторах

Гашкаримов Вадим Римович, врач-психиатр, заведующий отделением, Республиканская клиническая психиатрическая больница, Уфа, Россия; <https://orcid.org/0000-0001-9944-141X>; SPIN: 3828-4634; gashkarimov@yandex.ru.

Гасенко Ксения Александровна, врач-психиатр, заведующая отделением психосоциальной реабилитации №24. Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой, Омск, Россия; ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии, Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия; <https://orcid.org/0000-0003-4516-3324>; SPIN: 5563-0912; ksenia.gasenko@yandex.ru.

Кунафина Елена Рафаэлевна, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-5444-3793>; SPIN: 9964-6158; erkunafina@mail.ru.

Селина Лада Алексеевна, старший преподаватель кафедры ПСиКП. Уфимский университет науки и технологий, Уфа, Россия; <https://orcid.org/0000-0003-1859-8541>; SPIN: 2292-6883; Lada.selina@mail.ru.

Валеева Татьяна Сергеевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; <https://orcid.org/0009-0002-1178-5715>; SPIN: 4622-5007; jakekline@yandex.ru.

Ганеев Ренас Русланович, студент 4 курса лечебного факультета, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; <https://orcid.org/0009-0007-1260-2526>; rganeev04@mail.ru.

Максютова Альфия Фагимовна, доцент кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии,

Information about the authors

Vadim R. Gashkarimov, Psychiatrist, Head of the Department, Republican Clinical Psychiatric Hospital, Ufa, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-9944-141X>; SPIN: 3828-4634; gashkarimov@yandex.ru.

Ksenia A. Gasenko, Psychiatrist, Head of the Psychosocial Rehabilitation Department №24, Omsk Regional Psychiatric Hospital named after N.N. Solodnikov, Omsk, Russia; Assistant of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Omsk State Medical University, Omsk, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-4516-3324>; SPIN: 5563-0912; ksenia.gasenko@yandex.ru.

Elena R. Kunafina, Dr. Sci. (Med), Professor, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-5444-3793>; SPIN: 9964-6158; E-mail: rkunafina@mail.ru.

Lada A. Selina, Senior Lecturer, Department of Psychology and Conflictology, Ufa University of Science and Technology, Ufa, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-1859-8541>; SPIN: 2292-6883; Lada.selina@mail.ru.

Tatyana S. Valeeva, Assistant, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia; <https://orcid.org/0009-0002-1178-5715>; SPIN: 4622-5007; jakekline@yandex.ru.

Renas R. Ganeev, 4th-year student of the Faculty of General Medicine, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia; <https://orcid.org/0009-0007-1260-2526>; rganeev04@mail.ru.

Alfiya F. Maksyutova, Associate Professor, Department of Pharmacology with a Course in Clinical Pharmacology, Bashkir State Medical University, Ufa; <https://orcid.org/0009-0002-1938-0114>; SPIN: 4259-5729; AlfiyaFMaksutova@yandex.ru.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; <https://orcid.org/0009-0002-1938-0114>; SPIN: 4259-5729; AlfiyaFMaksutova@yandex.ru.

Асадуллин Азат Раилевич, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, Саратов, Россия; <https://orcid.org/0000-0001-7148-4485>; SPIN: 3740-7843; droar@yandex.ru.

Вклад авторов

Гашкаринов В.Р. — разработка дизайна исследования, написание текста рукописи;

Гасенко К.А. — обзор и анализ данных для статьи;

Кунафина Е.Р. — обзор публикаций по теме статьи;

Селина Л.А. — доработка рукописи, обзор публикаций по теме статьи;

Валеева Т.С. — получение и анализ данных;

Ганеев Р.Р. — обзор литературы;

Максютова А.Ф. — получение и анализ данных, обзор публикаций по теме статьи;

Асадуллин А.Р. — курация и администрирование работы, разработка дизайна исследования.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Azat R. Asadullin, Dr. Sci. (Med), Professor, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia; Professor, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Saratov; <https://orcid.org/0000-0001-7148-4485>; SPIN: 3740-7843; droar@yandex.ru.

Authors' contribution

Gashkarimov V.R. — development of research design, writing of the manuscript text;

Gasenko K.A. — review and data analysis for the article;

Kunafina E.R. — review of publications on the topic of the article;

Selina L.A. — revision of the manuscript, review of publications on the topic of the article;

Valeeva T.S. — data acquisition and analysis;

Ganeev R.R. — review of literature;

Maksyutova A.F. — data acquisition and analysis, review of publications on the topic of the article;

Asadullin A.R. — curation and administration of work, development of research design.

Conflict of interest

Authors declares no conflict of interest.

Поступила в редакцию / Received: 15.12.2025

Доработана после рецензирования / Revised: 03.02.2026

Принята к публикации / Accepted: 10.02.2026