

ОЦІНКА СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕГАТИВНИМИ СИМПТОМАМИ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кушнір Ю.А. <https://orcid.org/0009-0002-7342-9636>

Коомунальне некомерційне підприємство «Клінічна лікарня "Психіатрія"», Київ, Україна

kalenskaya_galina@ukr.net

Актуальність. Шизофренія - важке психічне захворювання, що неминує порушує соціальне функціонування та адаптацію хворих, що може відзначатись практично на всьому протязі хвороби. Негативні симптоми в структурі шизофренії пов'язані з порушенням якості життя, повсякденного функціонування, соціальних відносин та професійної діяльності пацієнтів із шизофренією, а також з більш рідкісним досягненням та найгіршою якістю ремісії у процесі лікування. Залишається невирішеною проблема взаємозв'язку негативної симптоматики на різних етапах шизофренічного процесу з різними складовими соціального функціонування.

Ціль: визначити особливості соціального функціонування у хворих з негативними симптомами на різних етапах шизофренічного процесу.

Матеріали та методи. В дослідженні прийняли участь 252 пацієнта з негативною симптоматикою при шизофренії: 83 пацієнта з дебютом шизофренії (I група), 88 пацієнтів з шизофренією в стані загострення (II група) та 81 пацієнт з шизофренією у стані ремісії (III група). Для дослідження різних компонентів соціального функціонування у пацієнтів з НС при шизофренії був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні психометричного (шкали особистісного та соціального функціонування (PSP)) та статистичного методів дослідження.

Результати. Оцінка особливостей соціального функціонування серед пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії в залежності від стану хвороби дозволила встановити, що у пацієнтів з дебютом шизофренії порушення соціального функціонування відзначались у вигляді помірних порушень особової та соціальної взаємодії та помірного зниження суспільно корисної діяльності, включаючи роботу та навчання. У пацієнтів з шизофренією в стані загострення відзначались значні порушення суспільно корисної діяльності, сильні порушення особової та соціальної взаємодії, зменшення уваги у догляді за собою та вираженість агресивних патернів поведінки. У пацієнтів з шизофренією у стані ремісії були виражені порушення у сфері самообслуговування і догляду за собою, помірні порушення особової та соціальної взаємодії та помірне зниження суспільної діяльності, включаючи роботу та навчання.

Висновки. Отримані дані можуть використовуватись для створення лікувальних та реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення соціального функціонування пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії.

Ключові слова: негативні симптоми, соціальне функціонування, дебют шизофренії, шизофренія у стані загострення, шизофренія у стані ремісії.

Актуальність. Шизофренія – важке психічне захворювання, що характеризується порушенням зв'язності психічних процесів та западом психічної діяльності [1]. Шизофренія неминує порушує соціальне функціонування та адаптацію хворих, що може відзначатись практично на всьому протязі хвороби [2,3]. За даними досліджень, проведених останніми роками в європейських країнах, у кожного сьомого пацієнта шизофренічні порушення не слабшають протягом тривалого часу, що від-

бивається на різних сторонах життя хворих [4,5].

Шизофренія призводить до тяжких соціальних наслідків, зокрема, близько половини випадків у структурі непрацездатності з психічних розладів складають особи з цим захворюванням [2,6,7]. У перші п'ять років після маніфестації шизофренії 40% хворих стають інвалідами, причому 60% з них – у перші 2 роки перебігу хвороби [7]. Ключовою причиною непрацездатності таких хворих є негативні

симптоми (НС) [2,8]. Відповідно до існуючих досліджень, порушення соціального функціонування та їх економічні наслідки більш виражені при переважанні негативних симптомів. Більш ніж у половини пацієнтів із хронічною шизофренією спостерігається принаймні один негативний симптом, а поширеність стійких негативних симптомів після першого психотичного епізоду сягає 11–37% [2,5,9]. Негативні симптоми пов'язані з порушенням якості життя, повсякденного функціонування, соціальних відносин та професійної діяльності пацієнтів із шизофренією, а також з більш рідкісним досягненням та найгіршою якістю ремісії у процесі лікування [3,8]. У порівнянні з позитивними симптомами НС не мають тенденції до спонтанного поліпшення перебігу захворювання і погано реагують на лікування нейрорепетитивними, що застосовуються в даний час, причому останні зазвичай посилюють вираженість негативної симптоматики шизофренії [10,11].

Незважаючи на досить велику кількість публікацій з цього питання, досі залишається невирішеною проблема взаємозв'язку негативної симптоматики на різних етапах шизофренічного процесу з різними складовими соціального функціонування. Таким чином, оцінка соціального функціонування пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії, яка враховує різні етапи шизофренічного процесу, є актуальною і має велике медико-соціальне значення для сучасної психіатрії.

Ціль: визначити особливості соціального функціонування у хворих з негативними симптомами на різних етапах шизофренічного процесу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В дослідженні прийняли участь 252 пацієнта з негативною симптоматикою при шизофренії: 83 пацієнта з дебютом шизофренії (І група), 88 пацієнтів з шизофренією в стані загострення (ІІ група) та 81 пацієнт з шизофренією у стані ремісії (ІІІ група). Пацієнтам була надана повна інформація про дослідження, згідно з принципами Гельсінкської декларації прав

людини, Конвенцією Ради Європи про права людини і біомедицину, відповідними законами України та міжнародними актами та було запропоновано підписати інформовану згоду на участь у дослідженні. Дослідження було схвалено комісією з питань біомедичної етики ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (протокол № 19 від 24.10.23). Для дослідження різних компонентів соціального функціонування у пацієнтів з НС при шизофренії був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні психометричного (шкали особистісного та соціального функціонування (PSP)) та статистичного методів дослідження. Статистична обробка даних застосовувалась для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок, достовірності відмінностей. Статистична обробка результатів проводилась за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз соціально-демографічних особливостей пацієнтів з НС при шизофренії включав оцінку розподілу пацієнтів за статтю, віком, рівнем освіти та сімейним станом. Серед усіх обстежених пацієнтів з НС при шизофренії переважали особи жіночої статі (59,12 %). В І групі переважали особи 20–29 років (67,47%, $p = 0,0001$), у ІІ групі – 30–49 років (87,50, $p = 0,049$ %), в ІІІ групі – 30–39 років (40,74 %) та 50–60 років (25,93 %, $p = 0,0001$). Серед пацієнтів І групи переважали особи з середньою освітою (32,53 %, $p = 0,028$), у ІІ та ІІІ груп – зі спеціальною середньою освітою (34,09 %, $p = 0,048$ та 58,02 %, $p = 0,0001$ відповідно). В І групі переважали неодружені особи (75,90 %, $p = 0,0001$), а у ІІ та ІІІ – розлучені особи (52,27 %, $p = 0,0001$ та 58,02 %, $p = 0,0001$ відповідно).

Аналіз соціального і особистісного функціонування пацієнтів проводився за чотирма доменами: суспільно корисна діяльність, особові і соціальні взаємовідносини, увага до себе і свого стану, неспокійні та агресивні патерни поведінки (Рис.1). Так, в І групі найбільш виражені порушення функціонування відзначались у вигляді порушення особової та соціальної

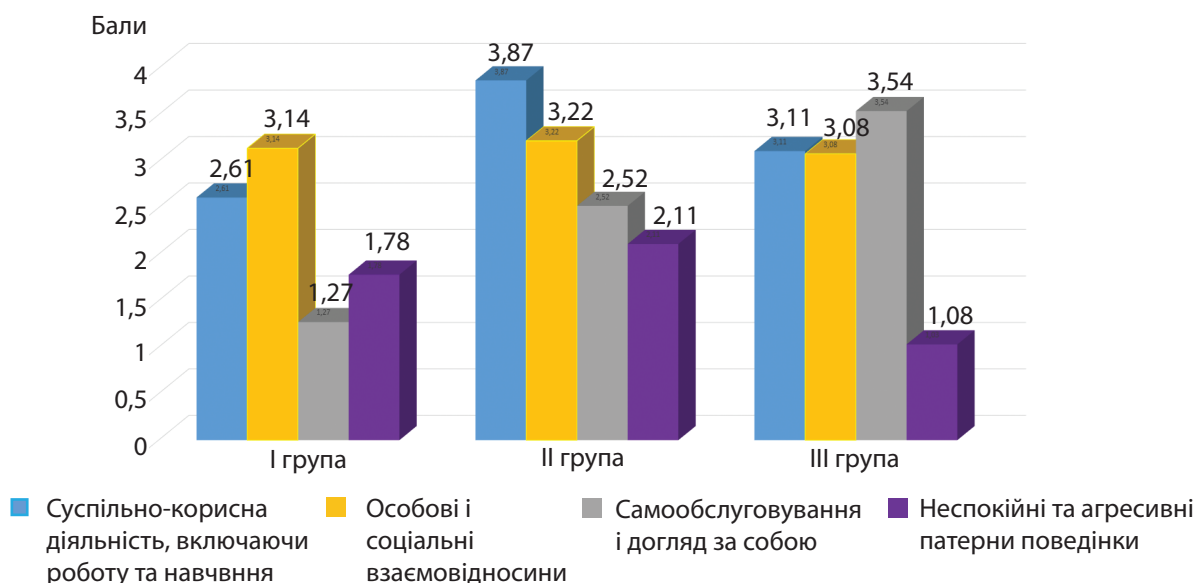


Рис. 1. Структура порушень соціального функціонування у пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії в динаміці захворювання

взаємодії ($3,14 \pm 1,45$ балів) та зниження суспільно корисної діяльності ($2,61 \pm 1,13$ балів). В II групі відзначались виражені порушення суспільно корисної діяльності ($3,87 \pm 2,01$ балів), особової та соціальної взаємодії ($3,22 \pm 1,95$ балів), зменшенні уваги у догляді за собою ($2,52 \pm 1,67$ балів) та вираженістю агресивних патернів поведінки ($2,11 \pm 1,56$ балів). В III групі виражені були порушення у сфері самообслуговування і догляду за собою ($3,54 \pm 2,26$ балів), особової та соціальної взаємодії ($3,08 \pm 1,97$ балів) та відмічалось зниження суспільної діяльності, включаючи роботу та навчання ($3,11 \pm 2,03$).

Статистичний аналіз отриманих даних дозволив визначити, що зниження суспільно корисної діяльності, включаючи роботу та навчання ($p = 0,024$) та зниження самообслуговування та догляду за собою ($p = 0,026$) було більш притаманним для пацієнтів II групи, ніж для I групи. Також пацієнтів II групи відрізняла більша вираженість неспокійних та агресивних патернів поведінки ($p = 0,039$) у порівнянні з III групою, які характеризувались більшими порушеннями сфери самообслуговування та догляду за собою у порівнянні з I групою ($p = 0,001$) та II групою ($p = 0,031$).

Для більш детального дослідження ступеню порушення функціонування в основних сферах життєдіяльності пацієнтів з негативними

симптомами при шизофренії був проведений розподіл пацієнтів за рівнями порушень (Табл.1). Так, було визначено, що у сфері соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання, у більшості пацієнтів I групи були помірно виражені порушення рівня соціального функціонування ($54,22 \pm 4,47$ %), у 21,69 % пацієнтів були значно виражені порушення та у 12,05 % пацієнтів відмічались слабо виражені порушення. У сфері особової та соціальної взаємодії у більшості пацієнтів I групи переважали помірні ($34,94 \pm 3,44$ %) та значні ($45,78 \pm 4,11$ %) порушення соціального функціонування.

У сфері самообслуговування у 32,53 % пацієнтів I групи не відзначалось порушень, у 40,96 % – порушення в догляді за собою були слабо виражені та у 19,28 % осіб – помірно виражені. У сфері неспокою та агресивних патернів поведінки у більшості осіб I групи були зафіксовані слабо виражені порушення ($72,29 \pm 4,64$ %).

У пацієнтів II групи у сфері соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання, у 34,09 % пацієнтів були помірно виражені порушення рівня соціального функціонування, у 40,91 % осіб – значно виражені, у 21,59 % пацієнтів відмічались сильно виражені порушення. У сфері особової та соціальної взаємодії у 48,86 % осіб II групи порушення були сильно вираженими, у 29,55 % – значно виражені, у

Таблиця 1

Характеристика рівня соціального функціонування у пацієнтів з НС при шизофренії в динаміці захворювання (за даними PSP)

Найменування показників	І група (n = 83)		ІІ група (n = 88)		ІІІ група (n = 81)	
	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m
Суспільно корисна діяльність, включаючи роботу та навчання						
Відсутні порушення	9	10,84 ± 1,25	0	0	0	0
Слабко виражені порушення	10	12,05 ± 1,38	3	3,41 ± 0,39	8	9,88 ± 1,17
Помірно виражені порушення	45	54,22 ± 4,47	30	34,09 ± 3,18	29	35,80 ± 3,59
Значно виражені порушення	18	21,69 ± 2,34	36	40,91 ± 3,61	30	37,04 ± 3,67
Сильно виражені порушення	1	1,20 ± 0,15	19	21,59 ± 2,20	14	17,28 ± 1,96
Особові і соціальні взаємовідносини						
Відсутні порушення	2	2,41 ± 0,29	0	0	1	1,23 ± 0,15
Слабко виражені порушення	8	9,64 ± 1,12	2	2,27 ± 0,26	7	8,64 ± 1,03
Помірно виражені порушення	29	34,94 ± 3,44	17	19,32 ± 1,99	27	33,33 ± 3,40
Значно виражені порушення	38	45,78 ± 4,11	26	29,55 ± 2,85	40	49,38 ± 4,39
Сильно виражені порушення	6	7,23 ± 0,85	43	48,86 ± 4,02	6	7,41 ± 0,89
Самообслуговування і догляд за собою						
Відсутні порушення	27	32,53 ± 3,26	22	25,00 ± 2,49	6	7,41 ± 0,89
Слабко виражені порушення	34	40,96 ± 3,84	29	32,95 ± 3,10	30	37,04 ± 3,67
Помірно виражені порушення	16	19,28 ± 2,11	27	30,68 ± 2,94	23	28,40 ± 3,00
Значно виражені порушення	5	6,02 ± 0,71	8	9,09 ± 1,00	14	17,28 ± 1,96
Сильно виражені порушення	1	1,20 ± 0,15	2	2,27 ± 0,26	8	9,88 ± 1,17
Неспокійні та агресивні патерни поведінки						
Відсутні порушення	9	10,84 ± 1,25	26	29,55 ± 2,85	43	53,09 ± 4,55
Слабко виражені порушення	60	72,29 ± 4,64	32	36,36 ± 3,33	23	28,40 ± 3,00
Помірно виражені порушення	11	13,25 ± 1,51	15	17,05 ± 1,78	8	9,88 ± 1,17
Значно виражені порушення	3	3,61 ± 0,43	8	9,09 ± 1,00	5	6,17 ± 0,75
Сильно виражені порушення	0	0	7	7,95 ± 0,88	2	2,47 ± 0,30

19,32 % – порушення були помірними. У сфері самообслуговування у 32,95 % пацієнтів ІІ групи – порушення в догляді за собою були слабко виражені, у 30,68 % осіб – помірно, та у 25,00 % осіб були відсутні порушення в сфері самообслуговування. У сфері неспокою та агресивних патернів поведінки у 36,36 % осіб були зафіксовані слабкі порушення, у 17,05 % осіб відмічались помірно виражені порушення, у 29,55 % осіб агресивні патерни поведінки не були визначені.

В сфері соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання, у більшості пацієнтів ІІІ групи були помірно (35,80 ± 3,59)

% та значно (37,04 ± 3,67) % виражені порушення рівня соціального функціонування. У сфері особової та соціальної взаємодії у у більшості пацієнтів ІІІ групи були помірно (33,33 ± 3,40) % та значно (49,38 ± 4,39) % виражені порушення рівня соціального функціонування. У сфері самообслуговування у 37,04 % пацієнтів ІІІ групи були зафіксовані слабкі порушення, у 28,40 % пацієнтів порушення в догляді за собою були помірно виражені та у 17,28 % осіб – значно виражені. У сфері неспокою та агресивних патернів поведінки у більшості пацієнтів ІІІ групи не були встановлені порушення (53,09 ± 4,55) % та у

28,40 % осіб були зафіксовані слабкі порушення у цій сфері.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що в сфері суспільної діяльності серед пацієнтів I групи було більше осіб з відсутністю порушень (10,84 %, $p = 0,001$), слабо вираженими порушеннями (12,05 %, $p = 0,024$, ДК = 5,48, МІ = 0,24) та помірними порушеннями (54,22 %, $p = 0,003$, ДК = 2,01, МІ = 0,20, та $p = 0,007$ ДК = 1,80, МІ = 0,17 відповідно) у порівнянні з пацієнтами II та III груп, серед яких було більше осіб зі значними (40,91 %, $p = 0,003$, ДК = 2,76, МІ = 0,26 та 37,04 %, $p = 0,013$, ДК = 2,32, МІ = 0,18 відповідно) та сильними порушеннями (21,59 %, $p < 0,0001$, ДК = 12,53, МІ = 1,28 та 17,28 %, $p = 0,0002$, ДК = 11,57, МІ = 0,93 відповідно).

У сфері соціальної взаємодії було визначено, що пацієнти I та III груп відрізнялись більшою кількістю осіб з помірним рівнем порушень у цієї сфері (34,94 %, $p = 0,009$, ДК = 2,57, МІ = 0,20 та 33,33 %, $p = 0,016$, ДК = 2,37, МІ = 0,17 відповідно) у порівнянні з пацієнтами II групи, серед яких було більше осіб з сильними порушеннями (48,86 %, $p = 0,0001$, ДК = 8,30, МІ = 1,73 та $p = 0,0001$, ДК = 8,19, МІ = 1,70 відповідно).

У сфері самообслуговування осіб з відсутністю порушень було більше серед пацієнтів I групи (32,53 %) та II групи (25,00 %), ніж серед пацієнтів з III групи (7,41 %, $p = 0,0003$, ДК = 6,43, МІ = 0,81 та $p = 0,0001$ ДК = 6,38, МІ = 0,24 відповідно), а осіб з помірними та значними порушеннями соціального функціонування було більше серед хворих II (30,68 %) та III (17,28 %) груп відповідно у порівнянні з I групою (19,28 %, $p = 0,0325$, ДК = 2,02, МІ = 0,12 та 6,02 %, $p = 0,0157$, ДК = 4,58, МІ = 0,26 відповідно).

Пацієнтів з відсутністю агресивних патернів поведінки було більше серед хворих III групи (53,09 %) та II групи (29,55 %) у порівнянні з пацієнтами I групи (10,84 %, $p = 0,0001$, ДК = 6,90, МІ = 1,46 та $p = 0,001$, ДК = 4,35, МІ = 0,41 відповідно), серед яких було більше пацієнтів зі слабкими порушеннями (72,29 %, $p = 0,0001$, ДК = 2,98, МІ = 0,54 та $p = 0,0001$, ДК = 4,06, МІ = 0,89 відповідно).

ВИСНОВКИ

Оцінка особливостей соціального функціонування серед пацієнтів з НС при шизофренії в залежності від стану хвороби дозволила встановити, що у пацієнтів з НС при маніфесті шизофренії порушення соціального функціонування відзначались у вигляді помірних (34,94 %, $p = 0,009$) порушень особової та соціальної взаємодії ($3,14 \pm 1,45$ балів) та помірного (54,22 %, $p = 0,003$) зниження суспільно корисної діяльності, включаючи роботу та навчання ($2,61 \pm 1,13$ балів).

У пацієнтів з шизофренією в стані загострення відзначались значні (40,91 %, $p = 0,003$) порушення суспільно корисної діяльності (3,87, $p = 0,024$), сильні порушення (48,86 %, $p = 0,0001$) особової та соціальної взаємодії ($3,22 \pm 1,95$ балів), зменшення уваги у догляді за собою (2,52, $p = 0,026$) та вираженість агресивних патернів поведінки (2,11, $p = 0,039$).

У пацієнтів з шизофренією у стані ремісії виражені були порушення у сфері самообслуговування і догляду за собою (3,54, $p = 0,031$), помірні (33,33 %, $p = 0,016$) порушення особової та соціальної взаємодії ($3,08 \pm 1,97$ балів) та помірне (37,04 %, $p = 0,013$) зниження суспільної діяльності, включаючи роботу та навчання ($3,11 \pm 2,03$).

Отримані дані можуть використовуватись для створення лікувальних та реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення соціального функціонування пацієнтів з негативною симптоматикою при шизофренії.

Конфлікт інтересів. Автори даного рукопису стверджують, що конфлікт інтересів під час виконання дослідження та написання рукопису відсутній.

Джерело фінансування: бюджетні (за підтримки МОЗ України, № держреєстрації 0116U000016, шифр теми НАМН.ДР.2П.16, в рамках НДР: «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації»).

REFERENCES

1. Jaeschke K, Hanna F, Ali S, Chowdhary N, Dua T, Charlson F. Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017, Glob Ment Health. 2021;8:e27. DOI: 10.1017/gmh.2021.19.
2. Kushnir Yu.A. [Peculiarities of social functioning of patients with negative symptoms in schizophrenia]. Norwegian Journal of development of the International Science. 2023, № 118, C.25-29. [in Ukrainian].
3. Savill M, Orfanos S, Reininghaus U, Wykes T, Bentall R, & Priebe S. The relationship between experiential deficits of negative symptoms and subjective quality of life in schizophrenia. Schizophrenia research 2016; 176(2-3): 387–391. DOI: 10.1016/j.schres.2016.06.017.
4. Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubza A, Olajossy M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. Ann Agric Environ Med. 2018;25(1):50–55. DOI: 10.5604/12321966.1233566.
5. Mantovani LM, Ferretjans R, Marçal IM, Oliveira AM, Guimarães FC & Salgado JV. Family burden in schizophrenia: the influence of age of onset and negative symptoms. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2016; 38(2): 96–99. DOI: 10.1590/2237-6089-2015-0082.
6. Schlosser DA, Campellone TR, Biagianti B, Delucchi KL, Gard DE, Fulford D, Stuart BK, Fisher M, Loewy RL, Vinogradov S, Modeling the role of negative symptoms in determining social functioning in individuals at clinical high risk of psychosis, Schizophrenia Research, 2015; 169(1–3): 204-208, DOI: 10.1016/j.schres.2015.10.036.
7. Akiyama K, Saito S, Saito A, Ozeki Y, Watanabe T, Fujii K, Honda G, & Shimoda K. Predictive value of premorbid IQ, negative symptoms, and age for cognitive and social functions in Japanese patients with schizophrenia: A study using the Japanese version of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia. Psychiatry research, 2016; 246: 663–671. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.10.070.
8. Mantovani LM, Ferretjans R, Marçal IM, Oliveira AM, Guimarães FC & Salgado JV. Family burden in schizophrenia: the influence of age of onset and negative symptoms. Trends in psychiatry and psychotherapy. 2016; 38(2): 96–99. DOI: 10.1590/2237-6089-2015-0082.
9. Sabe M, Sentissi O, Kaiser S. Meditation-based mind-body therapies for negative symptoms of schizophrenia: Systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis, Schizophrenia Research. 2019; 212: 15-25 DOI: 10.1016/j.schres.2019.07.030.
10. Savill M, Orfanos S, Reininghaus U, Wykes T, Bentall R, & Priebe S. The relationship between experiential deficits of negative symptoms and subjective quality of life in schizophrenia. Schizophrenia research 2016; 176(2-3): 387–391. DOI: 10.1016/j.schres.2016.06.017.
11. Schmitt A, & Falkai P. Negative symptoms and therapy strategies in schizophrenia. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2015;2 65(7): 541–542. DOI: 10.1007/s00406-015-0637-6.

ASSESSMENT OF THE SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA AT DIFFERENT STAGES OF THE DISEASE

Kushnir Yu.A.

Communal non-profit enterprise "Clinical Hospital "Psychiatry", Kyiv Ukraine

kalenskaya_galina@ukr.net

Background. Schizophrenia is a serious mental illness that inevitably disrupts the social functioning and adaptation of patients, which can be observed almost throughout the course of the disease. Negative symptoms in the structure of schizophrenia are associated with impairment of the quality of life, daily functioning, social relations and professional activities of patients with schizophrenia, as well as with rarer achievement and the worst quality of remission in the treatment process. The problem of the relationship between negative symptoms at different stages of the schizophrenic process and various components of social functioning remains unresolved.

Aim: to determine the features of social functioning in patients with negative symptoms at different stages of the schizophrenic process.

Materials and methods. 252 patients with negative symptoms of schizophrenia took part in the study: 83 patients with the onset of schizophrenia (1 group), 88 patients with schizophrenia in a state of exacerbation (2 group) and 81 patients with schizophrenia in a state of remission (3 group). To study various components of social functioning in patients with negative symptoms in schizophrenia, a comprehensive approach was used, consisting in the use of psychometric (personal and social functioning (PSP) scale) and statistical research methods.

Results. The assessment of the features of social functioning among patients with negative symptoms in schizophrenia, depending on the state of the disease, made it possible to establish that in patients with the onset of schizophrenia, disturbances in social functioning were noted in the form of moderate violations of personal and social interaction and a moderate decrease in socially useful activities, including work and study. In patients with schizophrenia in the state of exacerbation, significant violations of socially useful activities, severe violations of personal and social interaction, decreased attention to self-care, and pronounced aggressive behavior patterns were noted. In patients with schizophrenia in remission, there were marked impairments in self-care and self-care, moderate impairments in personal and social interaction, and moderate declines in social activities, including work and study.

Conclusion. The obtained data can be used to create treatment and rehabilitation programs aimed at restoring the social functioning of patients with negative symptoms in schizophrenia.

Key words: negative symptoms, social functioning, onset of schizophrenia, schizophrenia in a state of exacerbation, schizophrenia in a state of remission.