

УДК 616.895.8-072.8

КЛИНИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ НЕГАТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Ассанович М. В. (*marina.viass@gmail.com*)

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Введение. Оценка выраженности негативной симптоматики при шизофрении является актуальной проблемой современной психиатрии. Для решения этой проблемы разработаны специальные психометрические шкалы.

Цель: методологический анализ шкал выраженности негативной симптоматики.

Обсуждение. Инструменты оценки негативной симптоматики делятся на шкалы первого и второго поколения. Шкалы первого поколения имеют разные методологические проблемы, связанные с содержательной валидностью, шкалы второго поколения обладают более совершенными психометрическими свойствами, но имеют проблемы, связанные с оценкой функционирования вместо оценки собственно негативных симптомов.

Вывод: применение шкал оценки негативных симптомов имеет научную целесообразность и практическую необходимость при условии обязательной проверки их психометрических свойств и диагностической эффективности.

Ключевые слова: психометрические шкалы, негативные симптомы, шизофрения, надежность, валидность.

Введение

Проблема объективной оценки выраженности психопатологической симптоматики в психиатрии всегда имела важнейшее значение. Особую актуальность она приобрела в последние годы ввиду появления современных многофакторных размерных моделей шизофрении, когда каждый психопатологический конструкт требует наличия соответствующего измерительного инструмента. Для решения данной проблемы разработаны специальные клинические психометрические шкалы оценки выраженности психопатологической симптоматики [11, 12, 13].

Особое внимание в последние годы уделяется оценке выраженности негативной симптоматики, что объясняется прежде всего ее стойкостью и малообратимостью, значительным влиянием на функционирование и адаптацию пациента, необходимостью фиксации изменений в состоянии пациента в ответ на проводимую терапию [13].

В настоящее время все шкалы оценки негативной симптоматики делятся на две группы: шкалы первого и второго поколения. Инструменты первого поколения были разработаны в ранний период, шкалы второго поколения созданы в последние годы. Эта последняя классификация соответствует новым концептуальным формулировкам, содержательной валидности и измерительному подходу к данным инструментам [12, 13].

К группе шкал первого поколения относятся: Краткая Психиатрическая Рейтинговая Шкала (BPRS – the Brief Psychiatric Rating Scale), Шкала Оценки Негативных Симптомов (SANS – Scale Assessing Negative Symptoms), Шкала Субъективного Опыта Негативных Симптомов (SENS – the Subjective Experience of Negative Symptoms) и Шкала Позитивной и Негативной Симптоматики (PANSS – the Positive and Negative Syndrome Scale). Группа шкал второго поколения включает: Краткую Шкалу Негативных Симптомов (BNSS – the Brief Negative

Symptom Scale), Клиническое Интервью Оценки Негативных Симптомов (CAINS – the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms) и Шкалу Самооценки Мотивации и Удовольствия (MAP-SR – The Motivation and Pleasure Scale Self-Report). Оценка Негативных Симптомов (NSA – the Negative Symptom Assessment) может рассматриваться как переходный вариант между этими группами методик [4, 8, 12].

Шкалы первого поколения имеют проблемы содержательной валидности, так как они неточно отражают принятое в настоящее время понимание негативной симптоматики. С одной стороны, данные шкалы не включают все негативные симптомы, которые, по современным взглядам, составляют негативный синдром шизофрении, с другой стороны, они, напротив, содержат некоторые симптомы из других измерений, в основном касающиеся когнитивных нарушений. Кроме того, в шкалах первого поколения смещен акцент конструктивной валидности с внутреннего переживания дефицитарности пациентом на ее поведенческие проявления, что приводит к оценке особенностей функционирования пациента вместо оценки выраженности у него негативной симптоматики [8]. Шкалы второго поколения разработаны на основе рекомендаций Конференции по Негативным Симптомам (2005) с целью преодоления недостатков инструментов первого поколения.

Цель настоящей статьи состоит в методологическом анализе измерительных и диагностических особенностей используемых в настоящее время шкал оценки негативной симптоматики при шизофрении.

Инструменты первого поколения

Краткая психиатрическая рейтинговая шкала (BPRS)

BPRS является одной из наиболее широко используемых шкал в психиатрии. Она была разработана в 1962 г. Оувероллом и Горемом для оценки изменения в динамике психопатологи-

ческих симптомов (включая позитивные, негативные и аффективные симптомы) в ходе клинических исследований лекарственных средств у пациентов с шизофренией и другими психотическими расстройствами [10]. Изначально шкала состояла из 16 пунктов, позже были разработаны две разные версии шкалы. Первая версия, разработанная в 1976 г., содержит 18 пунктов. Вторая, расширенная версия (BPRS-E), разработанная в 1986 г., состоит из 24 пунктов. Каждый пункт оценивается по 7-балльной шкале. Существуют разные факторные модели BPRS и BPRS-E. Большинство из них содержат 4-5 факторов. К этим факторам относят: позитивные симптомы (нарушения мышления, враждебность-подозрительность), негативные симптомы (апатия, анергия, «уход» эмоций), возбуждение (дезорганизация, агитация) и аффективные симптомы (депрессия-тревога, расстройства настроения). Наиболее часто в "негативный" фактор BPRS/BPRS-E включают: уплощенный аффект, «уход» эмоций, моторную заторможенность. Ряд исследователей относят к негативной симптоматике дезориентацию, запущенность, маньеризм и неспособность к сотрудничеству [2, 9, 14].

Динманс и др. нашли умеренную внутреннюю согласованность для четырех компонентов шкал BPRS-E с коэффициентом альфа Кронбаха в пределах от 0,76 (шкала депрессии) до 0,64 (шкала мании), в то время как Белингейм и др. продемонстрировали ее чувствительность к изменениям [2, 9, 14].

Шкала оценки негативных симптомов (SANS)

Несмотря на то, что данная шкала была разработана Н. Андреасен в 1983 г., она является одним из самых широко используемых инструментов для оценки негативных симптомов. В шкалу включены 25 пунктов, которые оценивают пять групп симптомов: аффективное уплощение или притупление, алогию, абулию-апатию, ангедонию-асоциальность (нарушение социальных контактов) и внимание. Ответы испытуемых оцениваются по 6-балльной шкале Лайкерта. Шкала дает общую оценку каждой группы симптомов и общую суммарную оценку по всем пунктам [7, 8]. Пятифакторная структура шкалы была подтверждена в ряде исследований. Выявлена высокая согласованность оценок экспертов – 0,72 и внутренняя согласованность по коэффициенту альфа Кронбаха – 0,89. Коэффициент корреляции Пирсона между шкалой SANS и негативной подшкалой PANSS составил 0,80 [7, 8, 13].

Интересным и полезным было установление конкордантности между оценкой глобального клинического впечатления (CGI) и общей оценкой SANS. Нарастание тяжести симптомов, определяемое по CGI, согласовывалось с ростом общей оценки по SANS [4, 7, 12]. Результаты данных исследований обосновывают целесообразность использования общей оценки по шкале SANS для измерения выраженности негативной симптоматики при шизофрении. Вместе с тем шкала имеет ряд недостатков, которые

требуют ее валидации и усовершенствования метрических свойств. Выявлены проблемы содержательной валидности пунктов шкалы. Установлено, что фактор нарушения внимания относится к общей способности пациента к концентрации, связанной с когнитивными нарушениями, а не с дименсией негативной симптоматики при шизофрении. Два ядерных негативных симптома – ангедония и асоциальность – группируются в один общий фактор вместе с суммарной оценкой. Наконец, некоторые пункты шкалы оценивают поведенческую дефицитарность или недостаток продуктивности вместо собственно дефицитарных симптомов [7, 8, 12].

Укороченный вариант данного инструмента разработан с использованием теории тестовых заданий (IRT). Краткий вариант SANS содержит 11 пунктов, которые оценивают три фактора: аффективное уплощение, асоциальность и алогию/нарушение внимания по 3-балльной шкале. Данный вариант имеет ограничения, связанные с отсутствием оценки таких негативных симптомов, как ангедония и безволие, а также включением в негативный синдром нарушения концентрации внимания, относящегося к когнитивным нарушениям [8, 12].

Шкала субъективного опыта негативных симптомов (SENS)

Данная шкала разработана в 1993 г. Сэлтеном и др. в виде полуструктурированного интервью на основе SANS. Методика состоит из 21 пункта (взяты из SANS). По каждому из пунктов интервьюер опрашивает пациента. Далее пациент ранжирует симптомы по степени их осознания, используя 5-балльную шкалу. Дополнительно интервьюер уточняет у пациента его мнение о происхождении симптома и уровень дистресса, вызванного им. Авторы установили, что, по сравнению с клиницистами, пациенты недооценивали частоту и тяжесть своих негативных симптомов [4, 13].

Негативная подшкала шкалы позитивной и негативной симптоматики (PANSS-NS)

PANSS является полуструктурированным интервью клинической оценки, разработанным Кэем и др. на основе классификации шизофрении на I и II типы (по Кроу) в 1980 г., обеспечивающим сбалансированную представленность позитивных, негативных и общепсихопатологических симптомов [1, 3]. Негативная подшкала (PANSS-NS) включает семь диагностических пунктов: уплощенный аффект, «уход» эмоций, плохой раппорт, пассивную социальную самоизоляцию, нарушения абстрактного мышления, отсутствие спонтанности и плавности в беседе, стереотипное мышление. Каждый пункт оценивается с использованием 7-балльной шкалы Лайкерта, где более высокие баллы отражают большую тяжесть симптомов. Руководство к шкале содержит подробные критерии для оценки пунктов. Суммирование баллов по всем семи пунктам предоставляет глобальную оценку негативных симптомов.

Как и в случае с SANS, PANSS-NS имеет свои недостатки, связанные с содержательной валидностью. С одной стороны, она включает явные когнитивные симптомы, такие как нарушение абстрактного мышления, с другой стороны, не содержит таких высокорелевантных симптомов, как безволие и ангедония. В связи с выявленными недостатками с помощью факторного анализа была разработана новая подшкала «Негативный фактор» (PANSS-NF) [1, 6]. Негативный фактор включает пять диагностических пунктов из негативной подшкалы: уплощенный аффект, «уход» эмоций, плохой раппорт, пассивная социальная изоляция, отсутствие спонтанности и плавности в беседе, а также два пункта из общепсихопатологической шкалы (моторная заторможенность и активное социальное избегание) [1, 6]. Шкала PANSS характеризуется удовлетворительными психометрическими свойствами: значения коэффициентов надежности и внутренней согласованности находились в диапазоне от 0,60 до 0,83 для позитивной, негативной и общепсихопатологической подшкал. Значение индекса Каппа для негативной подшкалы составило 0,84. Используя IRT-технологии, Хан и др. показали, что четыре первых негативных симптома PANSS-NS хорошо дифференцировали индивидуальные различия [1]. Кроме того, данные исследователи предложили шестипунктовую негативную подшкалу miniPANSS, содержащую все пункты из PANSS-NS, за исключением 5 пункта (нарушение абстрактного мышления) [1, 3, 6]. В 2013 г. Хан и др. на основе IRT-подхода предложили новый интегрированный фактор негативных симптомов, основанный на обзоре всех опубликованных ранее результатов исследований главных симптомов PANSS, наиболее часто включаемых в негативный синдром [1]. Интегрированный фактор негативных симптомов содержит следующие девять пунктов: «уход» эмоций, уплощенный аффект, пассивный/апатичный социальный «уход», плохой раппорт, отсутствие спонтанности и плавности в беседе, активное социальное избегание, волевые расстройства, стереотипное мышление и нарушение абстрактного мышления [1, 6, 12].

Негативная подшкала PANSS-NS обнаруживает диагностические проблемы в связи с тем, что при оценке симптомов фокусируется на продуктивности и особенностях поведения в ущерб оценке внутренних переживаний пациента. Обермайер и др. отмечают наличие серьезных статистических проблем в шкале PANSS в целом, связанных с занижением полученных оценок. Они подчеркивают необходимость преобразования интервальной шкалы в шкалу отношений при оценке результатов (в процентах), что дает возможность избежать вышеуказанных проблем [1, 3]. Ван Эрп и др. предложили переводные уравнения между баллами по SANS, PANSS-NS и PANSS-NF [3].

Инструменты второго поколения.

Оценка негативных симптомов (NSA)

Первоначальный вариант шкалы был предло-

жен Альфсом и др. в 1989 г., но наиболее широко используемой версией стал сокращенный 16-пунктовый вариант NSA, разработанный Аксельродом и др. в 1993 г. [12]. NSA-16 является полуструктурированным интервью, содержащим 16 пунктов, которые комплексно оценивают негативный синдром шизофрении, в том числе следующие факторы: общение, эмоции/аффект, социальную активность, мотивацию и заторможенность [4]. Пункты оцениваются с помощью 6-балльной шкалы Лайкерта. В шкале предусмотрены критерии рейтинговых оценок по каждому пункту наряду с общей суммой баллов, базирующейся на общем клиническом впечатлении обо всех негативных симптомах пациента. Основным ограничением NSA является выраженная зависимость оценки от уровня функционирования или поведения пациента даже для симптомов, связанных с внутренними переживаниями, в частности снижение социального драйва определяется по типу и частоте социальных взаимодействий. Содержательная валидность шкалы находится на высоком уровне, однако пункт «обеднение содержания речи», имеющий отношение к количеству информации, предоставляемой пациентом, скорее характеризует когнитивные нарушения, нежели негативную дименсию при шизофрении.

Конфирматорный факторный анализ показал, что пятифакторная модель, описанная выше, наиболее четко характеризует дименсиональную структуру данного инструмента [8, 11]. В дополнение авторы показали, что NSA-16 имеет высокую внутреннюю согласованность (альфа Кронбаха = 0,92). Межэкспертная надежность инструмента была протестирована специалистами разных национальностей, принимающих участие в двух международных исследованиях [8]. Значение Каппа для NSA-16 составило 0,89.

В 2010 г. Альфс и др. [8,12] разработали упрощенный вариант инструмента, отобрав на основе психометрических характеристик четыре элемента из NSA-16: количественное снижение речевой активности, уменьшенный эмоциональный диапазон, снижение социального драйва и ограниченность интересов. Данная версия также включает глобальную оценку негативных симптомов. NSA-4 продемонстрировал общую точность и прогностическую валидность, схожую с NSA-16 [4], и представляет собой перспективный инструмент для использования в ежедневной клинической практике ввиду его краткости и хороших психометрических качеств.

Краткая шкала негативных симптомов (BNSS)

В 2011 г. Киркпатриком и др. был разработан новый краткий инструмент, предназначенный для оценки негативных симптомов в клинических испытаниях. Шкала состоит из 13 пунктов, объединенных в шесть подшкал: ангедония, дистресс, асоциальность, безволие, притупленный аффект и алогия. Она предусматривает как общую оценку по шкале (сумма баллов по всем 13 пунктам), так и оценку по каждой из шести

подшкал. Авторы рекомендуют использовать полученные в клинических испытаниях баллы по шести подшкалам в качестве вспомогательных, а общий балл по шкале рассматривать в качестве основного [4,12].

Данный инструмент позволяет не только оценивать пять основных негативных симптомов, но и проводить различие между антиципационной ангедонией, связанной с мотивацией и целенаправленностью поведения и характерной для шизофрении, и консуматорной ангедонией, типичной для депрессии [11]. BNSS проводит разграничение между внутренними переживаниями и поведением пациента при оценке безволия и асоциальности [12]. Несмотря на то, что это разграничение может помочь прояснить и оценить истинную природу негативных симптомов (то есть внутренних переживаний пациента), оценка поведенческих особенностей может привести к оценке функционирования вместо оценки самих негативных симптомов.

Шкала продемонстрировала высокую внутреннюю согласованность (коэффициент альфа Кронбаха = 0,93) [11]. Определена достаточно высокая конвергентная валидность BNSS со шкалами PANSS, SANS, негативной подшкалой BPRS и негативной подшкалой PANSS [3, 4, 8].

Исследование факторной структуры шкалы показало, что BNSS имеет двухфакторную структуру: ангедония/безволие/асоциальность – эмоциональная невыразительность [4,11]. Исследования последних лет выявили [11,12] трехкомпонентную структуру: внешние проявления (ангедония/асоциальность), внутренние переживания (безволие/притупление аффекта) и алогия.

Клиническое интервью оценки негативных симптомов (CAINS)

Данный инструмент был разработан в 2012 г. Бланчардом и др. CAINS состоит из 13 пунктов, оценивающих мотивацию, удовольствие, эмоциональную экспрессию и речь. В отличие от других шкал, данная методика направлена на оценку не непосредственно дефицитарных симптомов (отсутствие мотивации, ангедония, притупленный аффект и алогия), а на определение выраженности противоположных проявлений (мотивация, удовольствие, эмоциональная экспрессия и речь). Для обеспечения надежности методика построена в виде клинического структурированного интервью, содержащего всесторонние описательные критерии. Пункты оцениваются по 5-балльной шкале Лайкерта. Подобно шкале BNSS CAINS проводит различие между антиципаторной и консуматорной ангедонией, комплексно оценивает мотивацию и удовольствие, включая поведенческую включенность в социальную, профессиональную и развлекательную деятельность, субъективные переживания интереса и эмоций [5, 8, 15]. В связи с этим данная шкала имеет те же ограничения, что и BNSS: особенности функционирования могут быть ошибочно приняты за собственно негативные симптомы.

Факторный анализ позволил выявить двух-

факторную структуру CAINS: мотивация и удовольствие в социальной, профессиональной и развлекательной деятельности и внешняя экспрессия (вокальная ритмика, жесты, выражение лица и речь) [4, 5, 15].

Основываясь на современных достижениях нейронаук об эмоциях, методика CAINS вносит определенный прогресс в оценку негативных симптомов. Данный инструмент способен адекватно охватить негативные симптомы, разграничить антиципаторную и консуматорную ангедонию, обладает хорошими психометрическими свойствами. Данная методика имеет ограничения, связанные с двухфакторной структурой, потенциально ограничивающей ее психометрическую мощь в клинических испытаниях. Кроме того, следует упомянуть громоздкость CAINS, обуславливающую значительные временные затраты для проведения исследования. Отсутствие специфической дименсии для негативного симптома "асоциальность" также заслуживает дальнейшего изучения [4, 5].

Шкала самооценки мотивации и удовольствия (MAP-SR)

MAP-SR является самооценочной версией подшкалы CAINS мотивация/удовольствие. Ее предварительная версия, CAINS-SR, содержала 30 пунктов и оценивала пять доменов негативных симптомов. Однако подшкала CAINS-SR показала неудовлетворительные психометрические свойства, в связи с чем на ее основе была создана новая подшкала. Пункты, оценивающие внешнюю экспрессию, были удалены из методики, в результате был получен новый инструмент MAP-SR, сфокусированный на самооценке пациентом дефицита мотивации и удовольствия.

MAP-SR включает 15 пунктов, которые измеряют дефицит мотивации и удовольствия. Пункты сгруппированы в четыре субшкалы: социальное удовольствие, удовольствие от развлекательной деятельности или работы, потребность в заботе и близких отношениях, интерес к вовлеченности в разные виды деятельности [12, 16]. Инструмент исследует как антиципаторное, так и консуматорное удовольствие. Все пункты оцениваются с помощью 5-балльной шкалы Лайкерта.

Шкала продемонстрировала высокую внутреннюю согласованность (альфа Кронбаха = 0,90) и умеренную конвергентную валидность между субъективными оценками пациента (MAP-SR) и объективными оценками клинициста (CAINS) [5,15]. Вместе с тем данные о конвергентной валидности шкалы носят неоднозначный характер. Например, Селтен и др. обнаружили [12] несоответствие между субъективными оценками пациента и объективными данными клинициста, полученными с помощью шкал SENS и SANS. Кроме того, на сегодняшний день отсутствуют сведения о конвергентной валидности MAP-SR с оценкой негативной подшкалы широко известной Краткой психиатрической шкалы (BPRS) [4,16].

Выводы

1. Оценка негативной симптоматики при ши-

зофрении вызывает выраженный исследовательский интерес. Разработано внушительное количество шкал для оценки негативных симптомов. Данные шкалы используют общую суммарную оценку как достаточную статистику для оценки выраженности негативной симптоматики.

2. Рассмотренные нами шкалы имеют как сильные, так и слабые стороны. Недостатки и проблемы данных шкал обусловлены недостаточной содержательной валидностью, нестабильной факторной структурой. Вместе с тем результаты приведенных исследований показывают научную целесообразность и практическую необходимость использования шкал оценки негативных симптомов в клинической практике и

научных исследованиях.

3. Применение рассмотренных шкал возможно только после тщательного анализа их метрических свойств и, при необходимости, модификации структуры с целью обеспечения эффективного их использования в соответствующих культуральных условиях.

4. Так как в Беларуси вышеуказанные шкалы используются крайне ограниченно, актуальным и перспективным представляется метрическая разработка данных шкал и их клиническая адаптация для русскоязычной популяции с последующим использованием в научных центрах и учреждениях здравоохранения.

References

1. A new integrated negative symptom structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia using item response analysis / A. Khan [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2013. – Vol. 150, № 1. – P. 185-196.

2. Component structure of the brief psychiatric rating scale (BPRS-E) / A. J. Dingemans [et al.] // *Psychopharmacology.* – 1995. – Vol. 122, № 3. – P. 263-267.

3. Converting positive and negative symptom scores between PANSS and SAPS/SANS / T. G. van Erp [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2014. – Vol. 152, № 1. – P. 289-294.

4. Garcia-Portilla, M. P. The new challenge in identifying the negative syndrome in schizophrenia / M. P. Garcia-Portilla, J. Bobes // *Rev. Psiquiatr. Salud. Ment. (Barc.).* – 2013. – Vol. 6, № 4. – P. 141-143.

5. Initial Development and Preliminary Validation of a New Negative Symptom Measure : The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS) / C. Forbes [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2010. – Vol. 124, № 1/3. – P. 36-42.

6. Is the PANSS used correctly? A systematic review / M. Obermeier [et al.] // *BMC Psychiatry.* – 2011. – Vol. 11. – P. 113.

7. Levine, S. Z. Identifying clinically meaningful symptom response cut-off values on the SANS in predominant negative symptoms / S. Z. Levine, S. Leucht // *Schizophr. Res.* – 2013, № 1. – Vol. 145. – P. 125-127.

8. Methodological issues in negative symptom trials / S. R. Marder [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 2011. – Vol. 37, № 2. – P. 250-254.

9. Mueser, K. T. Factor structure of the brief psychiatric rating scale in schizophrenia / K. T. Mueser, P. J. Curran, G. J. McHugo // *Psychol. Assess.* – 1997. – Vol. 9. – P. 196-204.

10. Overall, J. E. The brief psychiatric rating scale / J. E. Overall, D. R. Gorham // *Psychol. Res.* – 1962. – Vol. 10. – P. 790-812.

11. Peralta, V. Negative symptoms in schizophrenia : a confirmatory factor analysis of competing models / V. Peralta, M. J. Cuesta // *Am. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 152. – P. 1450-1457.

12. Psychometric evaluation of the negative syndrome of schizophrenia / M. P. Garcia-Portilla [et al.] // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neuroscience.* – 2015. – Vol. 265, № 7. – P. 559-566.

13. Selten, J. P. Discrepancy between subjective and objective ratings for negative symptoms / J. P. Selten, D. Wiersma, R. J. van den Bosch // *J. Psychiatr. Res.* – 2000. – Vol. 34, № 1. – P. 11-13.

14. Sensitivity to change of the brief psychiatric rating scale-extended (BPRS-E) : an item and subscale analysis / G. M. Burlingame [et al.] // *Psychol. Serv.* – 2006. – Vol. 3. – P. 77-87.

15. The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS) : Final Development and Validation / A. M. Kring [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 170, № 2. – P. 165-172.

16. The Motivation and Pleasure Scale-Self-Report (MAP-SR) : Reliability and validity of a self-report measure of negative symptoms / K. Llerena [et al.] // *Compr. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 54, № 5. – P. 568-574.

CLINICAL EVALUATION SCALES OF THE NEGATIVE SYNDROME OF SCHIZOPHRENIA

Assanovich M. V.

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Introduction: Assessment of negative symptoms in schizophrenia is a topical problem of modern psychiatry. Special psychometric scales have been developed to solve this problem.

Objective: the methodological analysis of negative symptoms assessment scales.

Discussion: Psychometric tools for assessment of negative symptoms are classified into first- and second- generation scales. First-generation scales have several methodological problems associated with the content validity, the second-generation scales have more thorough psychometric properties, but have problems with the assessment of the behavior instead of the actual assessment of negative symptoms.

Conclusion: the use of instruments for assessment of negative symptoms has scientific expediency and practical necessity, but necessarily requires revision of their psychometric properties and diagnostic efficiency.

Keywords: *psychometric scales, negative symptoms, schizophrenia, reliability, validity.*

Поступила: 12.12.2016

Отрецензирована: 20.12.2016