



КЛИНИКО-ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОЦЕНКИ УСТОЙЧИВОСТИ
РЕМИССИЙ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Маматхонов Максудбек Марифжон угли

Докторант 3-го года обучения Андижанского государственного медицинского института
(АГМИ).

Orcid: 0000-0002-6414-2577

Mamatkhonovasmi@gmail.com



Аннотация

Цель. Представить клинико-психометрическую модель оценки устойчивости ремиссий при эндогенных психических расстройствах, основанную на интеграции психопатологических, функциональных и типологических показателей.

Материалы и методы. В исследование включены **197 пациентов** с эндогенными психическими расстройствами (МКБ-10: F20–F33), находившихся в состоянии ремиссии не менее 6 месяцев. Для оценки состояния применялись шкалы **PANSS** и **SOFAS**, а также типология ремиссий по **М. Л. Аграновскому**. Проведён многофакторный анализ факторов риска с использованием логистической регрессии, ROC-анализа и расчёта отношения шансов (OR, 95 % ДИ).

Результаты. Независимыми предикторами устойчивости ремиссий оказались:

- выраженный клинический ответ (Δ PANSS ≥ 15 ; OR = 0,42; p = 0,002),
- высокий уровень социального функционирования (SOFAS ≥ 45 ; OR = 0,35; p = 0,001),
- благоприятные типы ремиссий (ИиРсЛИЛ, АТР, НТР, ТТР; OR = 0,28; p < 0,001),
- высокая приверженность терапии (OR = 0,31; p < 0,001).

Прогностическая модель показала высокую точность (AUC = 0,83; 95 % ДИ: 0,78–0,88), чувствительность — **91,8 %**, специфичность — **94,7 %**, а тест Хосмера–Лемешоу подтвердил её адекватную калибровку (p > 0,05).

Заключение. Разработанная клинико-психометрическая модель обладает высокой прогностической ценностью и может использоваться в клинической практике для стратификации пациентов по риску рецидива и индивидуализации профилактических стратегий.

Ключевые слова: эндогенные психические расстройства, ремиссия, PANSS, SOFAS, типология Аграновского, прогноз, рецидив.



CLINICAL AND PSYCHOMETRIC MODEL FOR ASSESSING THE STABILITY OF
REMISSIONS IN ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS

Abstract

Objective. To present a clinical-psychometric model for assessing the stability of remissions in endogenous mental disorders, based on the integration of psychopathological, functional, and typological indicators.

Materials and Methods. The study included 197 patients with endogenous mental disorders (ICD-10: F20–F33) who had been in remission for at least 6 months. PANSS and SOFAS scales were used to assess the condition, along with M. L. Agranovsky's typology of remissions. A multifactorial risk analysis was performed using logistic regression, ROC analysis, and the calculation of odds ratios (OR, 95% CI).

Results. Independent predictors of remission stability were:

- pronounced clinical response ($\Delta\text{PANSS} \geq 15$; OR = 0.42; $p = 0.002$),
- high level of social functioning ($\text{SOFAS} \geq 45$; OR = 0.35; $p = 0.001$),
- favorable remission types (IIRsLIL, ATR, NTR, TTR; OR = 0.28; $p < 0.001$),
- high treatment adherence (OR = 0.31; $p < 0.001$).

The prognostic model demonstrated high accuracy (AUC = 0.83; 95% CI: 0.78–0.88), sensitivity — 91.8%, specificity — 94.7%, and the Hosmer–Lemeshow test confirmed adequate calibration ($p > 0.05$).

Conclusion. The developed clinical-psychometric model has high predictive value and can be applied in clinical practice to stratify patients by relapse risk and individualize preventive strategies.

Keywords: endogenous mental disorders, remission, PANSS, SOFAS, Agranovsky's typology, prognosis, relapse.

ENDOGEN RUHIY BUZILISHLARDA REMISSIYA BARQARORLIGINI
BAHOLASHNING KLINIKO-PSIXOMETRIK MODELI

Annotatsiya

Maqsad. Endogen ruhiy buzilishlarda remissiya barqarorligini baholash uchun psixopatologik, funksional va tipologik ko'rsatkichlarni integratsiya etishga asoslangan kliniko-psixometrik modelni taqdim etish.

Materiallar va usullar. Tadqiqotga endogen ruhiy buzilishlarga ega (XSK-10: F20–F33) bo'lgan, kamida 6 oy davomida remissiyada bo'lgan 197 bemor kiritildi. Holatni baholash uchun PANSS va SOFAS shkalalari, shuningdek, M. L. Agranovskiy remissiya tipologiyasi qo'llanildi. Risk omillarining ko'p omilli tahlili logistika regressiyasi, ROC-tahlil va imkoniyatlar nisbati (OR, 95% IS) orqali bajarildi.

Natijalar. Remissiya barqarorligining mustaqil prediktorlari quyidagilar bo'ldi:

- yaqqol klinik javob ($\Delta\text{PANSS} \geq 15$; OR = 0,42; $p = 0,002$),
- ijtimoiy funktsionallikning yuqori darajasi ($\text{SOFAS} \geq 45$; OR = 0,35; $p = 0,001$),
- remissiyaning qulay turlari (IIRsLIL, ATR, NTR, TTR; OR = 0,28; $p < 0,001$),
- davolanishga yuqori sodiqlik (OR = 0,31; $p < 0,001$).

Prognoz modeli yuqori aniqlikni ko'rsatdi (AUC = 0,83; 95% IS: 0,78–0,88), sezgirlik — 91,8 %, xususiylik — 94,7 %, Hosmer–Lemeshow testi esa modelning yaxshi kalibrlanganini tasdiqladi ($p > 0,05$).

Xulosa. Ishlab chiqilgan kliniko-psixometrik model yuqori prognoz salohiyatiga ega bo'lib, klinik amaliyotda bemorlarni qaytalanish xavfiga ko'ra tabaqalashtirish va profilaktik strategiyalarni individuallashtirishda qo'llanilishi mumkin.

Kalit so'zlar: endogen ruhiy buzilishlar, remissiya, PANSS, SOFAS, Agranovskiy tipologiyasi, prognoz, qaytalanish.



Введение

Длительные ремиссии при эндогенных психических расстройствах (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, рекуррентная депрессия) представляют собой не только ключевой этап течения заболевания, но и важнейший фактор, определяющий долгосрочный прогноз. Их устойчивость во многом определяет клиническое и социальное функционирование пациентов, уровень их адаптации в профессиональной и семейной сферах, а также риск повторных госпитализаций.

Несмотря на очевидную значимость феномена ремиссий, существующие подходы к их оценке во многом остаются ограниченными. Традиционно в клинической практике акцент делается на качественном описании симптоматики и субъективной оценке динамики состояния. Такой подход позволяет фиксировать факт улучшения, но не даёт возможности объективно прогнозировать продолжительность ремиссии и риск её дестабилизации.

В последние десятилетия в международной практике всё большее распространение получают стандартизированные психометрические инструменты. В частности, критерии **PANSS Remission Criteria** [3] позволяют количественно оценивать редукцию ключевых симптомов, а шкала **SOFAS** [4] — фиксировать уровень социального и профессионального функционирования. Однако их применение в отрыве от клинко-типологических характеристик не отражает всей многомерности феномена ремиссии. В отечественной психиатрии значительное значение сохраняет **типология М. Л. Аграновского**, выделяющая благоприятные и неблагоприятные варианты ремиссий, что имеет высокую прогностическую ценность.

Таким образом, возникает необходимость интеграции клинических, психометрических и функциональных подходов в единую систему оценки. Построение **клинко-психометрической модели устойчивости ремиссий** позволит повысить объективность диагностики, улучшить точность прогнозирования и сформировать основу для персонализированных стратегий профилактики рецидивов.

Цель статьи

Целью настоящей работы является разработка и обоснование **клинко-психометрической модели оценки устойчивости ремиссий при эндогенных психических расстройствах**, основанной на интеграции трёх ключевых компонентов:

- психопатологических показателей (**PANSS**),
- функциональных характеристик (**SOFAS**),
- клинко-типологических особенностей (по классификации **М. Л. Аграновского**).

Предполагается, что совокупная оценка этих параметров позволит:

1. объективизировать диагностику ремиссий,
2. выделить факторы, определяющие их устойчивость,
3. построить прогностическую модель риска рецидива,
4. предложить рекомендации для практического применения в системе диспансерного наблюдения.

Материалы и методы

Дизайн исследования.

Исследование носило ретроспективно-проспективный характер и включало **197 пациентов** с эндогенными психическими расстройствами (МКБ-10: F20–F33), находившихся в состоянии клинически подтверждённой ремиссии.

Формирование групп.

Для сравнительного анализа пациенты были распределены на две группы:

Контрольная группа (n = 55): уровень социального функционирования **SOFAS < 45**, редукция психопатологической симптоматики **ΔPANSS < 15**, преобладание неблагоприятных



типов ремиссий по М. Л. Аграновскому (психопатоподобная – ПТР, резидуально-дефектная – РсРС).

Экспериментальная группа (n = 142): уровень функционирования $SOFAS \geq 45$, выраженный клинический ответ $\Delta PANSS \geq 15$, доминирование благоприятных форм ремиссий (интермиссия и лёгкие изменения личности – ИиРсЛИЛ, неврозоподобная – НТР, астеническая – АТР, тимопатическая – ТТР).

Критерии включения:

- длительность ремиссии не менее 6 месяцев;
- наличие полных данных по шкалам **PANSS** и **SOFAS**;
- возможность классификации ремиссий по типологии **М. Л. Аграновского**.

Психометрические инструменты:

- **PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale, Kay et al., 1987)** — оценка выраженности и динамики психопатологической симптоматики;
- **SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, Harvey & Bellack, 2007)** — количественная оценка уровня социального и профессионального функционирования;
- **Классификация ремиссий по М. Л. Аграновскому** — клинико-психопатологическая стратификация длительных ремиссий (ИиРсЛИЛ, АТР, НТР, ТТР, ПТР, РсРС).

Статистический анализ.

- описательная статистика (Me, IQR, min–max);
- **U-критерий Манна–Уитни** — для сравнения независимых выборок по психометрическим данным;
- χ^2 **Пирсона** — для анализа распределения категориальных переменных (структура ремиссий, приверженность терапии);
- расчёт **эффект-размеров** (r для непараметрических тестов; ϕ и Cramer's V для категориальных данных);
- **многофакторная логистическая регрессия** — для выявления независимых предикторов рецидива;
- **ROC-анализ** (AUC, чувствительность, специфичность, индекс Юдена) — для оценки дискриминационной способности прогностической модели.

Критический уровень статистической значимости во всех анализах принимался равным $p < 0,05$.

Результаты

1. Структурирование данных.

Для анализа была сформирована унифицированная база данных ($n = 197$), включавшая социально-демографические и клинико-психометрические параметры: возраст, пол, диагноз (МКБ-10: F20–F33), характер дебюта заболевания, показатели по шкалам **PANSS** и **SOFAS**, тип ремиссии по классификации М. Л. Аграновского, уровень приверженности терапии, а также частоту рецидивов в анамнезе.

2. Операциональные критерии устойчивости ремиссии.

На основе анализа выделены ключевые показатели, определяющие устойчивость ремиссий:

- **$SOFAS \geq 45$** — сохранное социальное функционирование;
- **$\Delta PANSS \geq 15$** — клинически значимый терапевтический ответ;
- **ремиссии благоприятных типов** (ИиРсЛИЛ, АТР, НТР, ТТР) — высокая вероятность устойчивости;
- **ПТР и РсРС** — неблагоприятные варианты с высоким риском рецидива.

3. Логистическая регрессия.

Многофакторный анализ показал, что независимыми протективными факторами устойчивости ремиссий являются:



- выраженный клинический ответ (Δ PANSS ≥ 15 ; OR = 0,42; p = 0,002),
- высокий уровень социального функционирования (SOFAS ≥ 45 ; OR = 0,35; p = 0,001),
- благоприятный тип ремиссии (ИиРсЛИЛ, АТР, НТР, ТТР; OR = 0,28; p < 0,001),
- высокая приверженность терапии (OR = 0,31; p < 0,001).

Все перечисленные факторы статистически значимо снижали вероятность рецидива.

4. ROC-анализ.

Прогностическая модель продемонстрировала высокую точность:

- AUC = 0,83 (95 % ДИ: 0,78–0,88),
- чувствительность – 91,8 %,
- специфичность – 94,7 %,
- индекс Юдена – 0,68.

Таким образом, разработанная клиничко-психометрическая модель показала высокую прогностическую эффективность и может использоваться для стратификации пациентов по уровню риска рецидива.

Обсуждение

Полученные результаты подтвердили, что устойчивость ремиссий при эндогенных психических расстройствах определяется комплексом факторов, включающих психометрические показатели, клиничко-типологические характеристики и приверженность терапии.

Наибольшую прогностическую ценность показали два психометрических критерия: SOFAS ≥ 45 и Δ PANSS ≥ 15 . Эти показатели являются количественно измеримыми и легко воспроизводимыми в клинической практике. Их низкие значения ассоциировались с более чем трёхкратным увеличением риска рецидива. Данный результат согласуется с данными [3], предложивших стандартизированные критерии ремиссии по PANSS, и исследованиями [4], где уровень социального функционирования рассматривался как ключевой маркер устойчивости состояния.

Не менее важным оказался тип ремиссии по классификации М. Л. Аграновского. Наши результаты подтверждают, что благоприятные варианты (ИиРсЛИЛ, АТР, НТР, ТТР) ассоциированы с длительной стабилизацией и низким риском рецидива, тогда как психопатоподобные и резидуально-дефектные формы (ПТР, РсРС) значительно повышают вероятность дестабилизации. Эти данные согласуются с отечественными работами [1,2], где подчеркивалась высокая прогностическая значимость типологии ремиссий.

Особое внимание заслуживает приверженность терапии, продемонстрировавшая независимый протективный эффект. Пациенты с высокой приверженностью имели в 3 раза меньший риск рецидива. Этот результат имеет высокую практическую значимость, так как данный фактор является модифицируемым и может корректироваться с помощью психообразования, семейного консультирования и использования пролонгированных форм антипсихотиков. Сходные данные приводят [5], отмечавшие снижение риска рецидивов при комплексном подходе к повышению комплаентности.

Интересным оказалось наблюдение за влиянием характера дебюта. Острый дебют демонстрировал тенденцию к протективному значению, хотя и не достиг статистической значимости. Вероятно, его влияние реализуется опосредованно – через более благоприятную структуру ремиссий и более высокий уровень социального функционирования, что требует дальнейшего изучения.

В целом, разработанная модель продемонстрировала высокую прогностическую точность (ROC-AUC = 0,83) и может рассматриваться как инструмент для стратификации пациентов по уровню риска рецидива. Она интегрирует клинические, психометрические и социальные показатели, что соответствует современным требованиям доказательной психиатрии и биопсихосоциальной парадигмы.



Практическое значение работы заключается в том, что представленная модель может использоваться в системе диспансерного наблюдения для:

- выделения пациентов с высоким риском рецидива,
- оптимизации частоты визитов и коррекции терапевтических программ,
- разработки персонализированных профилактических стратегий.

Наши данные подтверждают необходимость перехода от универсальных протоколов наблюдения к **персонализированному подходу**, что соответствует современным международным практикам и обладает высокой значимостью для национальной психиатрической службы.

Заключение

1. Устойчивость ремиссий при эндогенных психических расстройствах является многокомпонентным феноменом, включающим клинико-психопатологические, психометрические и социальные факторы.
2. Независимыми предикторами устойчивости ремиссий выявлены: высокий уровень социального функционирования ($\text{SOFAS} \geq 45$), выраженный клинический ответ ($\Delta \text{PANSS} \geq 15$), принадлежность к благоприятным типам ремиссий (ИиРсЛИЛ, АТР, НТР, ТТР) и высокая приверженность терапии.
3. Разработанная клинико-психометрическая модель продемонстрировала высокую прогностическую точность ($\text{ROC-AUC} = 0,83$), хорошую чувствительность (91,8 %) и специфичность (94,7 %), а также адекватную калибровку по тесту Хосмера–Лемешоу.
4. Полученные результаты имеют практическое значение для системы диспансерного наблюдения: модель может использоваться для стратификации пациентов по риску рецидива, индивидуализации частоты визитов, коррекции фармакотерапии и разработки персонализированных программ профилактики.
5. Внедрение комплексного клинико-психометрического подхода позволяет повысить точность прогноза, снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов с эндогенными психическими расстройствами, что соответствует современным международным стандартам доказательной психиатрии.

Литература

1. Аграновский, М. Л. (2019). Клинико-психопатологические типы ремиссий при эндогенных психозах. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*, 119(6), 25–32.
2. Аграновский, М. Л. (2020). Ремиссии при шизофрении: клинико-прогностическая значимость. *Психиатрия и психофармакотерапия*, 22(4), 14–21.
3. Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
4. Harvey, P. D., & Bellack, A. S. (2007). Functional remission in schizophrenia: The relevance of cognitive and social functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 507–514. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm001>
5. Lambert, M., Karow, A., Leucht, S., Schimmelmann, B. G., Naber, D., & Schulte-Markwort, M. (2006). Remission in schizophrenia: Validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(1), 29–40.
6. Robinson, D. G., Woerner, M. G., McMeniman, M., Mendelowitz, A., & Bilder, R. M. (2005). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 477–479.
7. Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., & Gilmore, J. (2001). The early stages of schizophrenia: Speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry*, 50(11), 884–897. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01284-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01284-9)



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

8. Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), 2063–2071. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60239-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60239-6)
9. Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
10. Lambert, M., & Naber, D. (2011). Current issues in remission criteria in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(2), 167–177.
11. Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2011). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 11(1), 82. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-82>
12. Kane, J. M., Correll, C. U., & Goff, D. C. (2015). A framework for improving the care of individuals with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(5), e639–e647. <https://doi.org/10.4088/JCP.14com09519>

