

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF LONG-TERM REMISSIONS IN ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS: A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE CONTROL AND EXPERIMENTAL GROUPS

Mamatxonov Maksudbek Ma'rifjon ugli

3rd-year PhD Candidate at Andijan State Medical Institute (ASMI)

Abstract

Objective. To conduct a comparative analysis of the control and experimental groups of patients with long-term remissions in endogenous mental disorders, identifying differences in social functioning, clinical response, and remission structure.

Materials and Methods. The study included 197 patients diagnosed with F20–F33 (ICD-10), who had been in remission for at least 6 months. The control group (n = 55) was characterized by a low level of social functioning (SOFAS < 45), insufficient symptom reduction (Δ PANSS < 15), and a predominance of unfavorable remission types (PTR, RRS). The experimental group (n = 142) showed higher functioning (SOFAS \geq 45), a pronounced clinical response (Δ PANSS \geq 15), and a predominance of favorable remission types (IIMPC, NTR, ATR, TTR). Evaluation was performed using PANSS, SOFAS, and Agranovsky's remission typology. Statistical methods included the Mann–Whitney U test, Pearson's χ^2 , effect size calculations, and logistic regression.

Results. The experimental group demonstrated significantly higher social functioning (SOFAS: 57 vs. 43; $p < 0.001$; $r = 0.52$), greater reduction of psychopathological symptoms (Δ PANSS \geq 15 in 78% vs. 29%; $\chi^2 = 32.14$; $p < 0.001$; $r = 0.54$), predominance of favorable remission types, and higher treatment adherence (72% vs. 31%; $\chi^2 = 21.84$; $p < 0.001$).

Conclusion. Long-term remissions in endogenous mental disorders represent a heterogeneous clinical-functional state. Key predictors of their stability include the level of social functioning (SOFAS), depth of symptom reduction (Δ PANSS), remission structure, and treatment adherence. The comparative analysis confirms the necessity of comprehensive assessment and personalized approaches in relapse prevention.

Keywords: endogenous mental disorders, remission, PANSS, SOFAS, remission structure, treatment adherence.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕМИССИЙ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОНТРОЛЬНОЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРУПП

Аннотация: Цель. Провести сравнительный анализ контрольной и экспериментальной групп пациентов с длительными ремиссиями при эндогенных психических расстройствах,

выявив различия в уровне социального функционирования, клиническом ответе и структуре ремиссий.

Материалы и методы. В исследование включены 197 пациентов с диагнозами F20–F33 (МКБ-10), находившихся в ремиссии не менее 6 месяцев. Контрольная группа ($n = 55$) отличалась низким уровнем социального функционирования ($\text{SOFAS} < 45$), недостаточной редукцией симптоматики ($\Delta\text{PANSS} < 15$) и преобладанием неблагоприятных форм ремиссий (ПТР, РсРС). Экспериментальная группа ($n = 142$) характеризовалась более высоким уровнем функционирования ($\text{SOFAS} \geq 45$), выраженным клиническим ответом ($\Delta\text{PANSS} \geq 15$) и преобладанием благоприятных форм ремиссий (ИиРсЛИЛ, НТР, АТР, ТТР). Оценка проводилась с использованием шкал PANSS, SOFAS и типологии ремиссий по М. Л. Аграновскому; применялись статистические методы (U-критерий Манна–Уитни, χ^2 Пирсона, расчёт эффект-размеров, логистическая регрессия).

Результаты. Экспериментальная группа продемонстрировала достоверно более высокий уровень социального функционирования ($\text{SOFAS}: 57$ vs. 43 ; $p < 0,001$; $r = 0,52$), значительно большую редукцию психопатологической симптоматики ($\Delta\text{PANSS} \geq 15$ у 78% против 29% ; $\chi^2 = 32,14$; $p < 0,001$; $r = 0,54$), преобладание благоприятных форм ремиссий и более высокую приверженность терапии (72% против 31% ; $\chi^2 = 21,84$; $p < 0,001$).

Заключение. Длительные ремиссии при эндогенных психических расстройствах являются неоднородным клинико-функциональным состоянием. Ключевыми предикторами их устойчивости выступают уровень социального функционирования (SOFAS), глубина редукции симптоматики (ΔPANSS), структура ремиссий и приверженность терапии. Сравнительный анализ подтвердил необходимость комплексной оценки и персонализированного подхода в профилактике рецидивов.

Ключевые слова: эндогенные психические расстройства, ремиссия, PANSS, SOFAS, структура ремиссий, приверженность терапии.

Введение

Длительные ремиссии при эндогенных психических расстройствах (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, рекуррентная депрессия) рассматриваются современной психиатрией не только как благоприятный клинический исход, но и как важнейший прогностический фактор, определяющий качество жизни пациентов, их уровень социальной адаптации и риск рецидива заболевания. Несмотря на достижения психофармакологии и развитие комплексных программ психосоциальной реабилитации, проблема устойчивости ремиссий остаётся открытой.

Клинико-психопатологические характеристики ремиссий чрезвычайно вариабельны: от практически полной нормализации психического состояния и восстановления социального функционирования до сохранения стойких когнитивных и аффективных дефицитов. Это объясняет неоднородность прогноза: одни пациенты демонстрируют длительное поддержание терапевтического эффекта и высокую социальную интеграцию, у других же наблюдается нестабильность ремиссий, низкая приверженность лечению и повышенный риск рецидива.

Современные подходы требуют всесторонней оценки феномена ремиссии: клинико-психопатологических особенностей, психометрических показателей и социального функционирования. Именно их комплексный анализ позволяет не только констатировать факт ремиссии, но и определить её качественный уровень и устойчивость. В этой связи особую значимость приобретает сравнительное исследование различных категорий пациентов, находящихся в ремиссии, с выделением предикторов благоприятного и неблагоприятного течения.

Цель исследования

Целью настоящего исследования является проведение **сравнительного анализа контрольной и экспериментальной групп пациентов** с длительными ремиссиями при эндогенных психических расстройствах для выявления ключевых различий в:

- клинико-психопатологической структуре ремиссий (по классификации М. Л. Аграновского),
- психометрических показателях (PANSS, SOFAS),
- уровне социальной адаптации и функциональной сохранности.

Осуществление данного анализа позволит определить совокупность факторов, лежащих в основе устойчивости ремиссий, уточнить их прогностическую значимость и обосновать необходимость интеграции клинических и психометрических подходов в практику психиатрической оценки.

Материалы и методы

В исследование были включены **197 пациентов** с эндогенными психическими расстройствами (МКБ-10: F20–F33), находившихся в фазе клинически верифицированной ремиссии продолжительностью не менее 6 месяцев. Отбор пациентов осуществлялся по критериям включения (наличие ремиссии, подтверждённой клинико-психопатологическим обследованием и динамикой психометрических показателей) и исключения (отсутствие сопутствующих органических психических расстройств, выраженной соматической декомпенсации и злоупотребления психоактивными веществами).

Сформированы две группы:

Контрольная группа (n = 55): низкий уровень социального функционирования (SOFAS < 45), недостаточная редукция психопатологической симптоматики (Δ PANSS < 15), преобладание неблагоприятных типов ремиссий по М. Л. Аграновскому (психопатопоподобная – ПТР, резидуально-дефектная – РсРС).

Экспериментальная группа (n = 142): удовлетворительный уровень социального функционирования (SOFAS \geq 45), выраженная редукция психопатологической симптоматики (Δ PANSS \geq 15), преобладание благоприятных типов ремиссий (интермиссия и лёгкие изменения личности – ИиРсЛИЛ, неврозоподобная – НТР, астеническая – АТР, тимопатическая – ТТР).

Инструментарий.

PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale, Kay et al., 1987) – оценка выраженности продуктивной и негативной симптоматики.

SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, Harvey et al., 2007) – количественная оценка уровня социального и профессионального функционирования.

Клинико-типологическая классификация ремиссий по М. Л. Аграновскому – определение структурных вариантов длительных ремиссий с прогнозом их устойчивости. Статистическая обработка.

Для проверки статистических гипотез использовались:

- **U-критерий Манна–Уитни** – для сравнения независимых выборок по психометрическим показателям;
- **χ^2 Пирсона** – для анализа распределения типов ремиссий между группами;
- **Эффект-размеры** (r для непараметрических тестов; ϕ и Cramer's V для категориальных переменных);
- **логистическая регрессия** – для построения прогностической модели устойчивости ремиссий и оценки вклада отдельных факторов в риск рецидива.

Все расчёты проводились с использованием стандартных пакетов статистической обработки данных (SPSS, Statistica). Критический уровень значимости принят равным $p < 0,05$.

Результаты

1. Социально-демографические характеристики

Анализ социально-демографических показателей показал, что группы были **сопоставимы по возрасту**: средний возраст пациентов в контрольной группе составил $57,3 \pm 11,1$ года, в экспериментальной – $58,9 \pm 10,2$ года; различия статистически незначимы ($p = 0,504$). Это подтверждает однородность выборки по возрастному критерию и исключает его влияние на основные результаты исследования.

В то же время выявлены достоверные различия по **половому составу**. В контрольной группе значимо преобладали мужчины ($85,2\%$), тогда как в экспериментальной группе доминировали женщины ($58,6\%$). Статистический анализ показал высокую значимость различий ($\chi^2 = 17,62$; $p < 0,001$), что свидетельствует о неоднородности выборки по гендерному признаку.

2. Уровень социального функционирования (SOFAS)

Сравнительный анализ уровня социального функционирования по шкале **SOFAS** выявил выраженные различия между группами.

- В **контрольной группе** медиана составила 43 балла (IQR: 41–45), что соответствует низкому уровню социальной адаптации.
- В **экспериментальной группе** медиана была существенно выше – 57 баллов (IQR: 55–60), что отражает удовлетворительный уровень социальной и профессиональной интеграции.

Статистический анализ подтвердил достоверность различий ($p < 0,001$). Эффект-размер составил $r = 0,52$, что соответствует выраженному (средне-высокому) эффекту.

Пациенты экспериментальной группы демонстрировали значимо более высокий уровень социального функционирования, что указывает на их лучшую адаптацию в быту, профессиональной и межличностной сферах по сравнению с контрольной группой.

3. Клинический ответ по PANSS

Анализ динамики психопатологической симптоматики (Δ PANSS) показал значительные различия между группами.

- В **контрольной группе** снижение по шкале PANSS ≥ 15 баллов было достигнуто лишь у 29% пациентов, что указывает на ограниченный терапевтический ответ.

- В экспериментальной группе аналогичный уровень редукции симптоматики отмечен у 78 % обследованных, что свидетельствует о выраженной клинической динамике.

Статистический анализ подтвердил высокую достоверность различий ($\chi^2 = 32,14$; $p < 0,001$). Эффект-размер составил $r = 0,54$, что соответствует крупному эффекту.

У пациентов экспериментальной группы **значимо более выраженная редукция психопатологической симптоматики**, чем контрольной группы, что подтверждает эффективность комплекса факторов [5,6,13,14,16] обеспечивающих устойчивость ремиссий.

4. Структура ремиссий

Сравнительный анализ структуры ремиссий в контрольной и экспериментальной группах выявил принципиальные различия.

В **контрольной группе** отмечалось преобладание неблагоприятных форм:

психопатоподобный тип (ПТР) – 27,3 %;

ремиссия с резидуальной симптоматикой (РсРС) – 27,3 %.

Эти варианты ассоциированы с выраженными негативными изменениями личности, низким уровнем социальной адаптации и высоким риском рецидива.

В **экспериментальной группе** доминировали благоприятные формы:

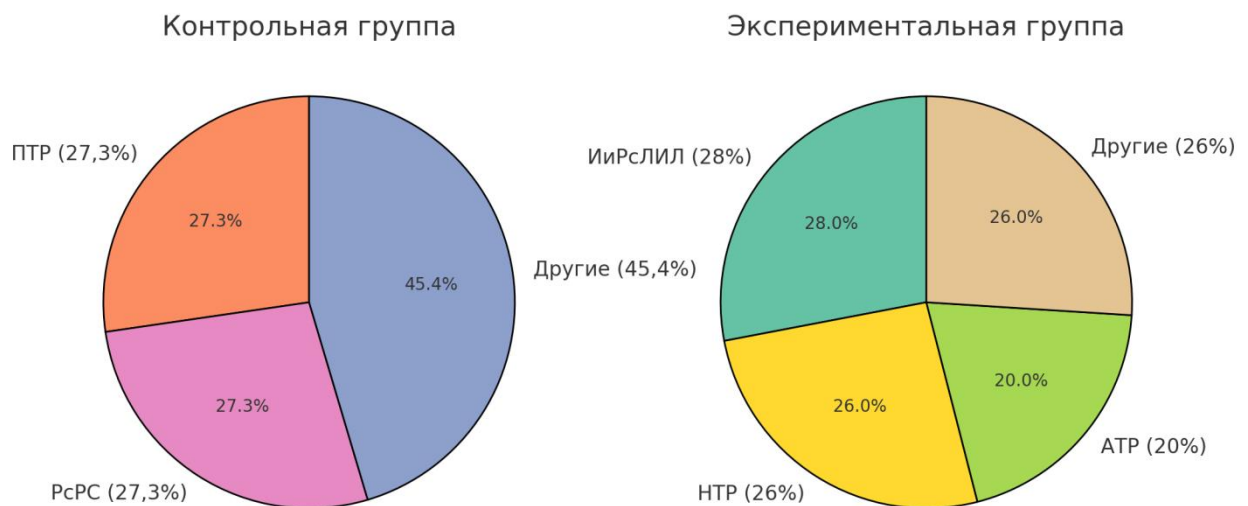
интермиссия и лёгкие изменения личности (ИиРсЛИЛ) – 28 %;

неврозоподобный тип (НТР) – 26 %;

астенический тип (АТР) – 20 %.

Эти типы характеризуются относительной сохранностью когнитивной сферы и более высоким уровнем социальной адаптации.

Структура ремиссий по типологии М. Л. Аграновского



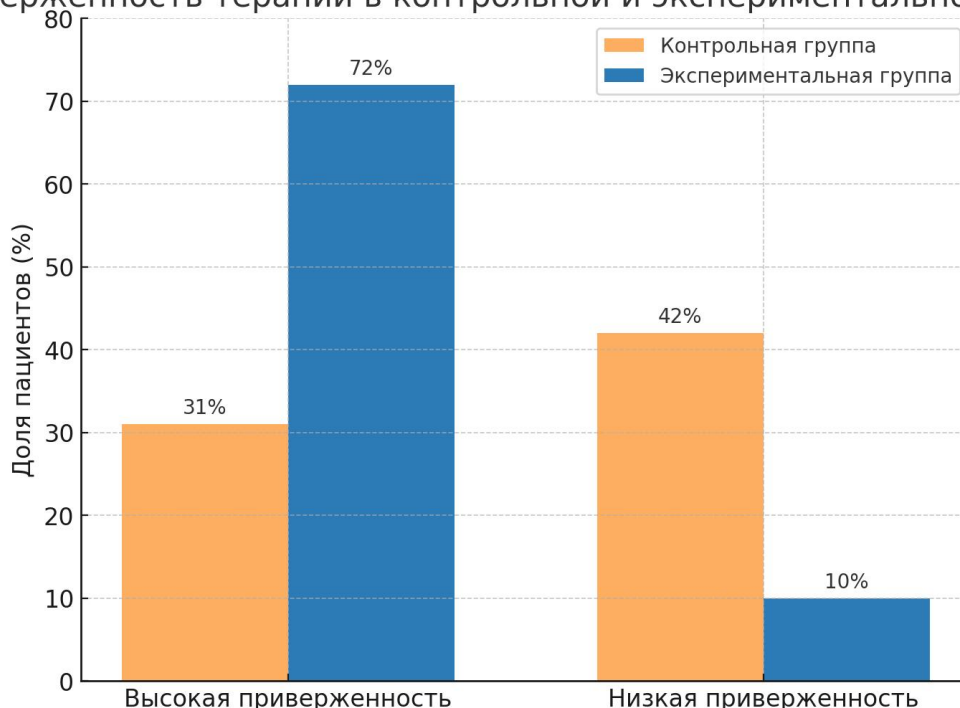
Статистический анализ показал высокую значимость различий ($\chi^2 = 66,54$; $p < 0,0001$). Эффект-размер по критерию Крамера составил $V = 0,54$, что указывает на **сильную ассоциацию** между принадлежностью к группе и типом ремиссии.

5. Приверженность терапии

Сравнительный анализ показал выраженные различия в уровне приверженности терапии [13,7,14,5] между контрольной и экспериментальной группами.

- В контрольной группе только 31 % пациентов характеризовались высокой приверженностью, тогда как 42 % демонстрировали низкую приверженность к лечению. Это указывает на недостаточную мотивацию и высокую вероятность срывов терапии.
- В экспериментальной группе показатели оказались существенно выше: 72 % пациентов имели высокую приверженность и лишь 10 % – низкую. Различия оказались статистически значимыми ($\chi^2 = 21,84$; $p < 0,001$), что свидетельствует о тесной связи между приверженностью лечению и устойчивостью ремиссий.

Приверженность терапии в контрольной и экспериментальной группах



Для обобщения полученных данных был проведён сравнительный анализ ключевых показателей, отражающих клинико-психопатологический и социальный профиль пациентов в фазе длительной ремиссии. В таблице представлены сведения о различиях между контрольной и экспериментальной группами по уровню социального функционирования (SOFAS), глубине редукции психопатологической симптоматики (Δ PANSS), структуре ремиссий по классификации М. Л. Аграновского, а также по уровню приверженности терапии. Все различия статистически проверены с использованием соответствующих критериев и представлены вместе с показателями эффект-размеров.

Таблица 2. Сравнительный анализ контрольной и экспериментальной групп

Показатель	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Статистика
SOFAS (медиана, IQR)	43 (41–45)	57 (55–60)	$p < 0,001$; $r = 0,52$
Δ PANSS ≥ 15	29 %	78 %	$\chi^2 = 32,14$; $p < 0,001$; $r = 0,54$

Структура ремиссий (основные типы)	ПТР – 27,3 %; РсРС – 27,3 %; другие – 45,4 %	ИиРсЛИЛ – 28 %; НТР – 26 %; АТР – 20 %; другие – 26 %	$\chi^2 = 66,54$; $p < 0,0001$; $V = 0,54$
Приверженность терапии	Высокая – 31 %; Низкая – 42 %	Высокая – 72 %; Низкая – 10 %	$\chi^2 = 21,84$; $p < 0,001$

Сравнительный анализ продемонстрировал существенные различия между контрольной и экспериментальной группами по всем ключевым параметрам. Пациенты экспериментальной группы имели достоверно более высокий уровень социального функционирования (SOFAS), выраженную редукцию психопатологической симптоматики (Δ PANSS ≥ 15 у 78 % против 29 % в контроле), а также преобладание благоприятных типов ремиссий (ИиРсЛИЛ, НТР, АТР). Кроме того, у них отмечалась значительно более высокая приверженность терапии (72 % против 31 %).

В то же время контрольная группа характеризовалась неблагоприятным клиническим профилем: низкие показатели SOFAS, ограниченный терапевтический ответ по PANSS, преобладание неблагоприятных форм ремиссий (ПТР, РсРС) и низкая приверженность лечению.

Экспериментальная группа продемонстрировала более устойчивый и адаптивный клинико-психопатологический профиль, что подтверждает роль социального функционирования, глубины терапевтического ответа, структуры ремиссий и приверженности терапии как ключевых предикторов устойчивости ремиссий при эндогенных психических расстройствах.

Обсуждение

Полученные результаты показали чёткое различие между контрольной и экспериментальной группами.

Контрольная группа характеризовалась неблагоприятным клиническим профилем: низкий уровень социального функционирования по SOFAS, слабая редукция симптоматики по PANSS, преобладание неблагоприятных типов ремиссий (ПТР и РсРС), а также низкая приверженность терапии. Такая комбинация факторов ассоциируется с высокой вероятностью рецидивов и выраженной социальной дезадаптацией.

Экспериментальная группа продемонстрировала более устойчивый и благоприятный профиль: высокий уровень социального функционирования, выраженный клинический ответ по PANSS, доминирование благоприятных форм ремиссий (ИиРсЛИЛ, НТР, АТР, ТТР), а также высокий уровень приверженности терапии. Эти характеристики отражают более высокий потенциал к длительной стабилизации состояния и успешной социальной интеграции.

Полученные данные согласуются с результатами работ М. Л. Аграновского [1,2], где подчеркивалась прогностическая значимость структуры ремиссий, а также с международными исследованиями [4,8], подтверждающими роль социального функционирования и глубины терапевтического ответа как ключевых предикторов устойчивости ремиссий. Таким образом, наше исследование подтверждает необходимость комплексного подхода, интегрирующего клинико-типологические, психометрические и социальные показатели.

Заключение

1. Экспериментальная группа достоверно отличалась от контрольной по более высокому уровню социального функционирования (SOFAS) и выраженной редукции психопатологической симптоматики (Δ PANSS).
2. Тип ремиссии (по классификации М. Л. Аграновского) и приверженность терапии являются сильными предикторами клинического исхода и риска рецидива.
3. Наибольшее прогностическое значение имеют показатели **SOFAS и Δ PANSS**, которые следует использовать в качестве ключевых маркеров при оценке устойчивости ремиссий [4,7,10].
4. Сравнительный анализ подтвердил необходимость **персонализированного подхода** в профилактике рецидивов, основанного на структуре ремиссии, уровне социального функционирования и степени приверженности лечению.

Список литературы

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. Аграновский, М. Л., Долимова, М. А., & Гуломкодилов, М. М. (2022). Новая клиническая типология ремиссий для прогноза рецидивной шизофрении. *Вестник фундаментальной и клинической медицины*, 2022(4), 83–86. [БГМИ](#)
4. 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> [Психиатрия Онлайн](#)
5. Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., le Quach, P., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2008). Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: The OPUS trial. *Archives of General Psychiatry (JAMA Psychiatry)*, 65(7), 762–771.* [Jama Network](#)
6. Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W.-P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969–980. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1) [PubMed](#)
7. Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1148–1156. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.9.1148> [PubMed](#)
8. 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>
9. Kane, J. M., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Mueser, K. T., Penn, D. L., Rosenheck, R. A., ... Heinssen, R. K. (2016). Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE Early Treatment Program. *American Journal of Psychiatry*, 173(4), 362–372. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050632> [Психиатрия Онлайн](#)

10. 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> [PubMed](#)
11. Lambert, M., Schimmelmann, B. G., Naber, D., Schacht, A., Karow, A., Wagner, T., & Czekalla, J. (2006). Prediction of remission in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(11), 1690–1697.* [RIMA](#)
12. Lambert, M., Naber, D., Schacht, A., Wagner, T., Hundemer, H.-P., Karow, A., Huber, C. G., Suarez, D., Haro, J. M., Novick, D., Dittmann, R. W., & Schimmelmann, B. G. (2008). Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 220–229. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01213.x> [PubMed](#)
13. Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., & 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) [PubMed](#)
14. Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., ... Hsiao, J. K. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353(12), 1209–1223. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa051688> [PubMed](#)
15. Mosolov, S. N., Potapov, A. V., & Ushakov, U. V. (2012). Remission in schizophrenia: Results of cross-sectional with 6-month follow-up study in outpatients with schizophrenia treated with typical and atypical antipsychotics in routine clinical practice. *Annals of General Psychiatry*, 11, 1. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-11-1> [BioMed Central](#)
16. Petersen, L., Nordentoft, M., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Thorup, A., Christensen, T. Ø., ... Jørgensen, P. (2005). Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, 187(Suppl 48), s98–s103. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s98> [PubMed](#)
17. Robinson, D. G., Woerner, M. G., Delman, H. M., & Kane, J. M. (2005). Pharmacological treatments for first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 705–722. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi032> [PubMed](#)
18. Winton-Brown, T. T., Elanjithara, T., Power, P., Coentre, R., Blanco-Polaina, P., & McGuire, P. (2017). Five-fold increased risk of relapse following breaks in antipsychotic treatment of first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 179, 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.029> [PubMed](#)