

PERSONALIZED STRATEGIES FOR RELAPSE PREVENTION IN PATIENTS WITH ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS

Mamatxonov Maksudbek Ma'rifjon ugli

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

Abstract

Objective. To substantiate the need for implementing personalized strategies for relapse prevention in patients with endogenous mental disorders based on clinical-psychopathological and psychometric characteristics.

Materials and Methods. The study included 197 patients diagnosed with endogenous mental disorders (ICD-10: F20–F33) who had been in remission for at least 6 months. Assessment was performed using the PANSS and SOFAS scales, as well as remission typology according to M. L. Agranovsky's classification. Multifactorial risk analysis was conducted using logistic regression, ROC analysis, and odds ratio (OR, 95% CI) estimation.

Results. The key independent predictors of stable remission were identified as: high level of social functioning (SOFAS ≥ 45), pronounced reduction of symptom severity (Δ PANSS ≥ 15), favorable remission types, and high treatment adherence. The developed prognostic model demonstrated high accuracy (ROC-AUC = 0.83), good calibration ($p > 0.05$), and high sensitivity (91.8%) and specificity (94.7%). Based on these findings, directions for personalized relapse-prevention strategies were formulated, including optimization of pharmacotherapy (with emphasis on long-acting injectable formulations), psychosocial interventions, functional rehabilitation, individualized "crisis plans," and digital monitoring.

Conclusion. A personalized approach to relapse prevention makes it possible to take into account the patient's clinical and psychometric profile and significantly improves the effectiveness of outpatient follow-up. The developed model can be used in clinical practice for risk stratification and the development of individualized support programs.

Keywords: endogenous mental disorders, remission, relapse, PANSS, SOFAS, Agranovsky typology, personalized prevention.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЕ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Аннотация

Цель. Обосновать необходимость внедрения персонализированных стратегий профилактики рецидивов у пациентов с эндогенными психическими расстройствами на основе клинико-психопатологических и психометрических характеристик.

Материалы и методы. В исследование включены 197 пациентов с диагнозами эндогенных психических расстройств (МКБ-10: F20–F33), находившихся в ремиссии не менее 6 месяцев. Для оценки состояния использовались шкалы PANSS и SOFAS, а также типология ремиссий по классификации М. Л. Аграновского. Проведён многофакторный анализ факторов риска с применением логистической регрессии, ROC-анализа и оценки отношения шансов (OR, 95% ДИ).

Результаты. Установлено, что ключевыми независимыми предикторами устойчивости ремиссий являются: высокий уровень социального функционирования ($SOFAS \geq 45$), выраженная редукция симптоматики ($\Delta PANSS \geq 15$), благоприятные типы ремиссий и высокая приверженность терапии. Построенная прогностическая модель показала высокую точность ($ROC-AUC = 0,83$), хорошую калибровку ($p > 0,05$) и продемонстрировала высокую чувствительность (91,8 %) и специфичность (94,7 %). На основе полученных данных сформулированы направления персонализированных стратегий профилактики: оптимизация фармакотерапии (включая использование депо-форм), психосоциальные вмешательства, функциональная реабилитация, индивидуальные «кризисные планы» и цифровое сопровождение.

Заключение. Персонализированный подход к профилактике рецидивов позволяет учитывать клинико-психометрический профиль пациента и существенно повышает эффективность диспансерного наблюдения. Разработанная модель может быть использована в клинической практике для стратификации пациентов по уровню риска и разработки индивидуализированных программ сопровождения.

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

Введение

Эндогенные психические расстройства — шизофрения, биполярное аффективное расстройство и рекуррентная депрессия — занимают центральное место в современной психиатрии в связи с их хроническим течением, высоким риском инвалидизации и значительной медико-социальной нагрузкой. Несмотря на достижения психофармакологии и внедрение комплексных программ психосоциальной реабилитации, **проблема рецидивов остаётся одной из наиболее острых**: даже после достижения ремиссии в течение трёх лет до 50 % пациентов сталкиваются с повторными обострениями, сопровождающимися ухудшением когнитивного и социального функционирования, снижением качества жизни и усилением экономического бремени для системы здравоохранения.

Традиционные диспансерные протоколы профилактики рецидивов во многом строятся на универсальных подходах и стандартизированных схемах наблюдения, которые не всегда учитывают индивидуальные особенности пациента. Между тем современные исследования [5,6,7] убедительно показывают, что устойчивость ремиссии определяется **комплексом факторов**: типом ремиссии, уровнем социального функционирования, глубиной редукции психопатологической симптоматики, а также степенью приверженности терапии. Игнорирование этих параметров ограничивает эффективность профилактических мероприятий и снижает возможности для долгосрочной стабилизации состояния.

В этой связи актуальной задачей становится **разработка персонализированных стратегий профилактики рецидивов**, которые учитывают не только диагноз, но и клиничко-психопатологический профиль пациента, его психометрические характеристики и социальные ресурсы. Такой подход соответствует принципам доказательной медицины и направлен на оптимизацию диспансерного наблюдения, повышение эффективности терапии и снижение риска повторных обострений.

Цель статьи

Целью настоящей статьи является **обоснование необходимости персонализированных стратегий профилактики рецидивов у пациентов с эндогенными психическими расстройствами**, основанных на интеграции клиничко-психопатологических и психометрических характеристик (PANSS, SOFAS, типология ремиссий по М. Л. Аграновскому) и направленных на повышение устойчивости ремиссий, улучшение качества жизни и снижение нагрузки на психиатрическую службу.

Материалы и методы

Основанием для статьи послужили результаты клинического исследования, включившего **197 пациентов** с эндогенными психическими расстройствами (МКБ-10: F20–F33), находившихся в состоянии ремиссии не менее 6 месяцев. Из них **142 пациента составили экспериментальную группу**, а **55 — контрольную**.

Инструменты исследования.

Для объективизации психопатологической симптоматики и уровня социального функционирования применялись:

- **PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale, Kay et al., 1987)** — для оценки выраженности продуктивных и негативных симптомов;
- **SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, Harvey & Bellack, 2007)** — для количественной оценки уровня социального и профессионального функционирования.

Клинико-типологическая оценка.

Структура ремиссий анализировалась по **классификации М. Л. Аграновского**, включающей шесть типов: интермиссия и лёгкие изменения личности (ИиРсЛИЛ), астеническая (АТР), неврозоподобная (НТР), тимопатическая (ТТР), психопатоподобная (ПТР) и ремиссия с резидуальной симптоматикой (РсРС).

Статистический анализ.

Для выявления факторов риска рецидива использовался **многофакторный анализ**:

- логистическая регрессия с расчётом отношения шансов (OR) и 95 % доверительного интервала (ДИ);
- ROC-анализ для оценки дискриминационной способности модели (AUC, чувствительность, специфичность);
- тест Хосмера–Лемешоу для проверки калибровки модели.

Практическая направленность.

На основании выявленных закономерностей были разработаны **рекомендации для клинической практики**, касающиеся индивидуализации профилактических стратегий рецидивов с учётом структуры ремиссии, уровня функционирования и приверженности терапии.

Результаты и обоснование персонализированного подхода

Многофакторный анализ позволил выделить ряд независимых факторов риска рецидива, каждый из которых требует специфических стратегий профилактики. На их основе были сформулированы направления персонализированного вмешательства.

1. Фармакотерапия.

Фактор риска: недостаточный клинический ответ на лечение (Δ PANSS < 15).

Стратегия:

- ранняя диагностика терапевтической резистентности;
- переход на альтернативные схемы фармакотерапии, включая антипсихотики второго поколения;
- использование пролонгированных (депо-) форм антипсихотиков для повышения приверженности лечению и снижения риска пропуска доз.

2. Психосоциальные вмешательства.

Фактор риска: низкий уровень социального функционирования (SOFAS < 45).

Стратегия:

- тренинг социальных навыков, направленный на восстановление повседневной активности;
- когнитивно-поведенческая терапия для коррекции искажённых моделей мышления и поведения;
- семейное консультирование с целью усиления социальной поддержки и вовлечения близких в процесс терапии.

3. Реабилитация.

Фактор риска: неблагоприятные типы ремиссий по М. Л. Аграновскому (ПТР, РсРС).

Стратегия:

- индивидуальные планы восстановления социальных и профессиональных ролей;
- постепенное наращивание нагрузки с учётом когнитивных и эмоциональных ресурсов пациента;
- эрготерапия и супервизируемая занятость как средство социальной интеграции.

4. Профилактика рецидивов.

Фактор риска: высокая частота рецидивов в анамнезе.

Стратегия:

- систематический мониторинг ранних признаков дестабилизации состояния;
- персонализированные «кризисные планы» для пациента и семьи;
- повышение стрессоустойчивости с помощью программ психообразования;

– внедрение цифровых инструментов (мобильные напоминатели о приеме препаратов, телесопровождение, онлайн-консультации).

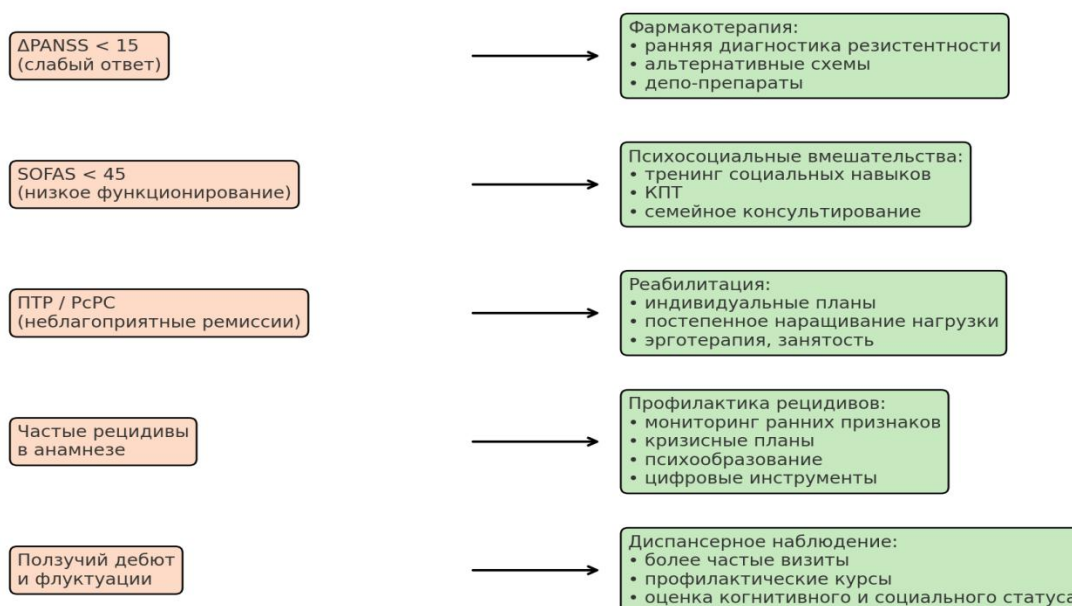
5. Диспансерное наблюдение.

Фактор риска: ползучий (подострый) дебют заболевания и частые клинические флуктуации.

Стратегия:

- более плотное диспансерное наблюдение (увеличение частоты визитов);
- проактивные вмешательства (ранние профилактические курсы терапии);
- регулярная оценка когнитивного и социального статуса для своевременной коррекции плана ведения пациента.

Персонализированные стратегии профилактики рецидивов (факторы риска → стратегии вмешательства)



На схеме представлены ключевые факторы риска дестабилизации ремиссий (ΔPANSS < 15, SOFAS < 45, неблагоприятные типы ремиссий по Аграновскому, высокая частота рецидивов в анамнезе, ползучий дебют и частые флуктуации) и соответствующие им направления персонализированных вмешательств.

Фармакотерапевтические стратегии направлены на повышение эффективности лечения и приверженности (ранняя диагностика резистентности, использование депо-препаратов).

Психосоциальные вмешательства включают тренинг социальных навыков, когнитивно-поведенческую терапию и семейное консультирование. Реабилитационные программы ориентированы на восстановление социальных ролей, постепенное наращивание нагрузки и профессиональную интеграцию.

Профилактические меры основаны на мониторинге ранних признаков рецидива, психообразовании и внедрении цифровых технологий. Усиленное диспансерное наблюдение позволяет своевременно выявлять дестабилизацию и проводить проактивные коррекции терапии.

Таким образом, результаты исследования подтвердили необходимость **персонализированного подхода к профилактике рецидивов**, основанного на комбинации фармакотерапии, психосоциальных вмешательств, реабилитационных программ и диспансерного мониторинга. Персонализированный подход позволяет увязать конкретные факторы риска с целевыми стратегиями, что повышает эффективность профилактики рецидивов и способствует устойчивости ремиссий.

Обсуждение

Предлагаемые меры ориентированы на переход от традиционных универсальных схем диспансерного наблюдения к **персонализированным моделям профилактики рецидивов**, которые учитывают клинико-психопатологический профиль пациента, уровень социального функционирования и степень приверженности терапии. Такой подход обеспечивает:

- **снижение риска повторных госпитализаций** за счёт своевременной коррекции терапии и мониторинга ранних признаков дестабилизации;
- **повышение эффективности фармакотерапии и психосоциальной поддержки** благодаря индивидуализации схем лечения и включению пациентов в программы психообразования;
- **восстановление социальных функций пациентов**, включая профессиональную занятость и семейную интеграцию;
- **оптимизацию ресурсов психиатрической службы**, что имеет особое значение в условиях высокой нагрузки на систему здравоохранения.

Полученные данные согласуются с международными исследованиями [5,6,7]. Внедрение персонализированных стратегий в национальную практику позволит адаптировать международные стандарты к социально-культурным и организационным условиям здравоохранения Узбекистана, обеспечив тем самым более высокую устойчивость ремиссий и снижение частоты рецидивов.

Заключение

1. Профилактика рецидивов при эндогенных психических расстройствах должна основываться на учёте **индивидуальных характеристик пациента**, включая уровень социального функционирования (SOFAS), глубину редукции симптоматики (PANSS), тип ремиссии (по классификации М. Л. Аграновского), характер дебюта заболевания и степень приверженности терапии.
2. Персонализированные стратегии профилактики рецидивов включают:
 - оптимизацию фармакотерапии (включая использование пролонгированных форм антипсихотиков),
 - психосоциальные вмешательства (тренинг социальных навыков, когнитивно-поведенческую терапию, семейное консультирование),
 - функциональную реабилитацию (индивидуальные планы восстановления социальных ролей, эрготерапию, поддерживаемую занятость),
 - применение цифровых инструментов (напоминатели о приёме препаратов, телесопровождение, онлайн-сопровождение).
3. Внедрение **дифференцированных диспансерных протоколов**, учитывающих клиничко-психометрический и социальный профиль пациента, позволит не только снизить риск рецидивов, но и повысить уровень социальной адаптации и качество жизни пациентов с эндогенными психическими расстройствами.
4. Наши результаты подтверждают целесообразность перехода от универсальных схем наблюдения к **комплексному биопсихосоциальному подходу**, что соответствует современным международным практикам и имеет особую значимость для разработки национальных стандартов диспансерного сопровождения в Узбекистане.

Литература

1. Аграновский, М. Л. (2019). Клиничко-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: клиничко-прогностическая значимость. *Психиатрия и психофармакотерапия*, 22(4), 14–21.
3. Кадыров, А. М. (2021). Социальная адаптация пациентов с шизофренией: факторы и прогноз. *Психиатрия и клиническая психология*, 21(4), 45–53.
4. Каримов, У. Ш. (2019). Клиничко-социальные предикторы устойчивости ремиссий при эндогенных расстройствах. *Вестник психиатрии Узбекистана*, 14(2), 33–39.
5. 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>
6. 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>
7. 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.
8. 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.
9. 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)
10. 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)
11. 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>
12. Lambert, M., & Naber, D. (2011). Current issues in remission criteria in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(2), 167–177.
13. 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>
14. 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>