

Клинико-корреляционный анализ исходов больных из группы риска по шизофрении

Оригинальная статья

Омельченко М.А., Мигалина В.В.
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Резюме. Цель: установление связи между структурой и степенью выраженности психопатологических симптомов и уровнем функционирования у больных из группы риска по шизофрении. **Материал и методы:** обследованы 38 больных с депрессивным эпизодом с аттенуированными позитивными симптомами (АПС) из группы риска по шизофрении, госпитализированных в 2011-2015 гг. Длительность катмнеза составила $7,3 \pm 1,7$ лет. На момент обследования все больные находились в состоянии ремиссии. Применялись шкалы HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), SOPS (Scale of Prodromal Symptoms) и SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms). Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 12.

Результаты: на момент обследования в 21,1% случаев установлены диагнозы шизофренического (F25 и F20 по МКБ-10), в 28,9% — аффективного (F34.0, F31.3, F31.7 и F33.4) спектра, в 13,2% — в рамках личностной патологии (F60.1, F60.3, F60.8), а в 36,8% — шизотипического расстройства (F21.3, F21.4, F21.5, F21.8). Социальное функционирование по шкале PSP в 13,2% оценивалось как высокое (100-81 балл), в 28,9% и 31,6% как среднее (80-61 и 60-41 балл соответственно) и в 26,3% как низкое (менее 40 баллов). Наиболее сильные корреляционные связи ($p < 0,05$) выявлены между общим баллом по шкале SOPS, баллами по негативной подшкале SOPS, суммарным баллом SANS и PSP (-0,854, -0,876, -0,812 соответственно), подшкалой негативных симптомов SOPS и социально полезной деятельностью PSP (0,831), подшкалой апатия-ангедония SANS и социальными отношениями PSP (0,801). **Обсуждение:** высокий уровень социального функционирования возможен при условии полной редукции продромальных и депрессивных симптомов, при средних уровнях функционирования определяется в первую очередь нарастающими негативными явлениями, особенно доменом абулии-апатии, а низкий уровень формируется при персистенции АПС, нарастании симптомов дезорганизации и негативной симптоматики. **Заключение:** проведенное исследование показало, что исходы первого депрессивного эпизода с симптомами риска по шизофрении в целом характеризуются той или иной степенью снижения социального функционирования, которое нельзя рассматривать как самостоятельное явление, а напротив, как производное выраженности психопатологической симптоматики.

Ключевые слова: группа риска по шизофрении, катмнез юношеских депрессий, аттенуированные позитивные симптомы, функциональный исход

Информация об авторах

Омельченко Мария Анатольевна — <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>, e-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Мигалина Валентина Владимировна — <https://orcid.org/0000-0003-4009-4323> e-mail: migalina-vv@mail.ru

Как цитировать: Омельченко М.А., Мигалина В.В., Клинико-корреляционный анализ исходов больных из группы риска по шизофрении. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2022; 56:4:85-91. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-85-91>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование поддержано Грантом РФФИ №20-013-00748

Clinical-correlative analysis of patients at risk of schizophrenia

Research article

Omelchenko M.A., Migalina V.V.
Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Summary. Objective: Establishing a link between the structure and severity of psychopathological symptoms and the level of functioning in patients at risk of schizophrenia. **Material and Methods:** The study

Автор, ответственный за переписку: Омельченко Мария Анатольевна, e-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Corresponding author: Maria A. Omelchenko, e-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

examined 38 patients with a depressive episode with attenuated positive symptoms (APS) from the risk group of schizophrenia hospitalized in 2011-2015. The follow-up was 7.3 ± 1.7 years. At the time of the examination, all patients were in remission. HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), SOPS (Scale of Prodromal Symptoms) and (SANS) Scale for Assessment of Negative Symptoms were used. Statistical analysis was carried out using the Statistica 12 program.

Results: At the time of the survey, 21.1% of the cases were diagnosed as schizophrenic (F25 and F20 according to ICD-10), 28.9% as affective (F34.0, F31.3, F31.7 and F33.4), 13.2% as personal disorders (F60.1, F60.a, F3.8 per cent) and 36.8% as schizotypal disorders (F21.3, F21.4, F21.5, F21.8). Social performance on the PSP scale of 13.2% was rated as high (100-81 points), 28.9% and 31.6% as average (80-61 and 60-41 points respectively) and 26.3% as low (less than 40 points). The strongest correlations ($p < 0.05$) are found between total scores on the SOPS scale, negative SOPS scores, total SANS score and PSP score (-0.854 , -0.876 , -0.812 respectively), subscale of negative SOPS symptoms and socially beneficial PSP activity (-0.831) subscale of apathy-anhedonia SANS and social relations PSP (0.801). **Discussion:** A high level of social functioning is possible provided there is a complete reduction of the prodromal and depressive symptoms, at medium levels, functioning is determined primarily by increasing negative symptoms, especially the domain of avolition-apathy, and low levels are formed by persistent APS, increasing symptoms of disorganization and negative symptoms. **Conclusion:** The study showed that the outcome of the first depressive episode with the risk symptoms of schizophrenia is generally characterized by some degree of decline in social functioning, which cannot be considered as a phenomenon in its own right, on the contrary, it's a derivative of psychopathological symptoms.

Key words: High-risk group for schizophrenia, follow-up of adolescent depression, attenuated positive symptoms, functional outcome

Information about the authors

Maria A. Omelchenko* — <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>, e-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Valentina V. Migalina — <https://orcid.org/0000-0003-4009-4323> e-mail: migalina-vv@mail.ru

To cite this article: Omelchenko MA, Migalina VV. Clinical-correlative analysis of patients at risk of schizophrenia. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:4:85-91. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-4-85-91>. (In Russ.)

Conflict of interest: The authors declare no conflicts of interest.

The study was supported by RFBR Grant No. 20-013-00748

Катамнестическое исследование больных, относящихся к группе риска по шизофрении, является наиболее актуальным направлением, так как, с одной стороны, позволяет верифицировать заболевания шизофренического спектра при их манифестации, а с другой, оценить прогностическую значимость аттенуированных позитивных симптомов (АПС). По результатам исследований, помимо манифестации психоза, диагностируются состояния с персистирующими АПС, а также с функциональной и/или симптоматической ремиссией [13]. По некоторым данным, у трети пациентов из группы высокого клинического риска на момент трехлетнего катамнеза сохраняются АПС [9]. Установлено, что за период наблюдения в 12 месяцев у 43% пациентов из группы риска по шизофрении установлены благоприятные исходы, к которым относилась ремиссия высокого качества или «выздоровление» (в 35,7% случаев), а в 57% случаев исходы расценивались как неблагоприятные с рецидивированием АПС или отсутствием ремиссии, т.е. персистенцией АПС (у 17,3% больных), снижением качества жизни и манифестацией психоза [12]. Кроме вышеуказанных исходов у пациентов из этой группы на разных сроках катамнестического наблюдения выявляются аффективные и тревожные расстройства [6; 13].

Таким образом, при катамнестическом исследовании больных из группы риска по шизофрении определяющее значение имеет не только установление факта манифестации психотического приступа, но и анализ функциональных исходов в связке с оценкой степени выраженности АПС, а также депрессивных, негативных и иных психопатологических симптомов, для формирования комплексного представления о взаимном влиянии функциональной и симптоматической ремиссий и для выявления предикторов уровня исхода в целом.

Цель

Установление связи между структурой и степенью выраженности психопатологических симптомов и уровнем функционирования у больных из группы риска по шизофрении.

Материал и методы

В исследование включены 38 больных, которые проходили стационарное лечение в клинике по поводу первого депрессивного эпизода (по МКБ-10: F32.1, F32.2, F32.28, F32.8) в 2011-2015 гг. Все пациенты были вызваны для проведения исследования, подписали информированное со-

гласие на участие. Исследование соответствовало Хельсинкской декларации и было одобрено ЛЭК ФГБНУ НЦПЗ (протокол №746 от 18.03.2021). Средний возраст на момент обследования составил $26,8 \pm 2,9$ лет. Длительность катмнеза не менее 5 лет, в среднем $7,3 \pm 1,7$ лет.

Критерии включения: юношеский возраст (16-25 лет) на момент первичной госпитализации в клинику; стационарное лечение по поводу первого депрессивного эпизода с общей длительностью, включая инициальный этап, не более 5 лет, что соответствует «критическому периоду» [5, 7, 8] заболевания в отношении его дальнейшего течения и исходов; наличие в структуре первого депрессивного эпизода аттенуированных позитивных симптомов (АПС) [1] которые свидетельствовали о наличии признаков эндогенного процесса и позволяли отнести указанных больных к группе риска манифестации шизофрении; высокий уровень социально-трудового функционирования на момент первой госпитализации (все пациенты имели уровень образования не ниже среднего, длительность нетрудоспособности по причине депрессивного эпизода не более 12 месяцев).

Критерии невключения: наличие очерченных психотических симптомов при первичной госпитализации, позволяющих диагностировать психотическую депрессию (F32.3); перенесенные до момента первичного обследования психотические состояния, а также выраженные негативные симптомы, оказывающие стойкое влияние на уровень социально-трудовой адаптации.

Оценка степени выраженности депрессивной симптоматики проводилась по шкале HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) [3], АПС* оценивались по шкале оценки продромальных симптомов SOPS (Scale of Prodromal Symptoms) [10, 11], дополнительно применялась шкала для оценки степени выраженности негативных симптомов SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms) [2].

Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 12 для количественной оценки с применением непараметрического критерия сравнения двух независимых групп Манна-Уитни, а также с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Данные представлены в средних значениях (стандартное отклонение) и медианных значениях Me [Q1;Q3]. Сила корреляции оценивалась как сильная при значениях $\pm 0,81$ — $\pm 1,0$, умеренная при $\pm 0,61$ — $\pm 0,8$, слабая при $\pm 0,41$ — $\pm 0,6$ и очень слабая при $\pm 0,21$ — $\pm 0,4$.

* Шкала SOPS применялась для выявления аттенуированной психотической симптоматики у всех больных независимо от нозологической природы. Даже если после первичной госпитализации у пациентов развилось манифестное психотическое состояние в рамках шизофрении (F20) или шизоаффективного расстройства (F25), на момент обследования активная психотическая симптоматика не выявлялась, а остаточные симптомы имели незначительную степень выраженности и могли быть оценены по шкале SOPS.

Результаты

При нозологической оценке состояния на момент катмнестического обследования заболевания психотического спектра диагностированы в 21,1% случаев (8 больных), причем из них в 37,5% случаев ($n=3$) установлено шизоаффективное расстройство (F25 по МКБ-10), в 50,0% ($n=4$) приступообразная шизофрения (F20.0 по МКБ-10) и в 12,5% ($n=1$), хотя и не было собственно манифестации психоза, отмечалась постепенная редукция АПС на фоне нарастающих негативных расстройств, что соответствовало критериям простой формы шизофрении (F20.6). Заболевания аффективного спектра (F34.0, F31.3, F31.7 и F33.4) верифицированы в 28,9% случаев ($n=11$), личностная патология (F60.1, F60.3, F60.8) — в 13,2% ($n=5$), шизотипическое расстройство (F21.3, F21.4, F21.5, F21.8) — у 36,8% ($n=14$).

При оценке частоты повторных госпитализаций выявлено, что единственное стационарирование было у 28,9% больных ($n=11$), у остальных имели место повторные госпитализации в учреждения психиатрического профиля. На момент обследования 42,1% ($n=16$) терапии не принимали, у остальных в схеме лечения присутствовали как антидепрессанты (средние дозы в флуоксетиновом эквиваленте $11,9 \pm 16,8$ мг/сут), так и антипсихотики ($114,6 \pm 199,8$ мг/сут в хлорпромазиновом эквиваленте).

В целом при катмнестическом обследовании все больные находились вне состояния экстацербации (для больных с расстройствами личности) и в состоянии относительной симптоматической ремиссии. Их согласие на обследование определялось лишь диагностической целью, активных жалоб пациенты не предъявляли. Степень выраженности депрессивной симптоматики по шкале HDRS определялась как 13,5 [9; 17], что соответствовало уровню дистимии или депрессивному эпизоду легкой степени (при расстройстве личности такие баллы по шкале свидетельствовали о наличии конституциональной дистимии или легких реактивных депрессивных состояниях, связанных с внешними провокациями). Суммарный балл по шкале SOPS составил 30,5 [20,75; 45,5], а по шкале SANS 32,5 [19,75; 41,5].

При оценке функционального исхода на момент катмнестического обследования установлено, что высокий уровень функционирования (100-81 балл по шкале PSP) отмечался в 13,2% случаев ($n=5$). Уровень образования квалифицировался как высший или средне-специальный, пациенты работали по специальности, трудились в научной сфере, занимали руководящие должности, состояли в браке, были социально активны, имели увлечения и хобби, предпочитали проводить время с друзьями, имели широкий круг общения.

Уровень функционирования 80-61 балл по шкале PSP отмечался у 28,9% больных ($n=11$). Образование соответствовало полученному на момент первичной госпитализации и характеризовалось как неоконченное высшее или среднее/средне-специальное. В целом все пациенты имели заня-

тость, которая, однако, была ниже их квалификации, они часто меняли места работы, работали неполный день. Проживали преимущественно с родителями, испытывали трудности в установлении межличностных отношений. Уровень интересов был отчетливо снижен, круг общения ограничен 1-2 близкими друзьями.

Значения по шкале PSP от 60 до 41 балла были установлены в 31,6% случаев ($n=12$). После первичной госпитализации больные больше не учились. Уровень образования определялся как средний или средне-специальный. В 16,7% случаев ($n=2$) установлена II и III группы инвалидности. Все больные проживали с родителями или отдельно, были одиноки, устойчивые межличностные отношения отсутствовали. Близких друзей не было, социальные контакты минимизированы. В круг интересов включена лишь пассивная деятельность в виде просмотра телепередач и художественных фильмов, прослушивания музыки.

Наиболее низкие показатели (менее 40 баллов по шкале PSP) выявлялись в 26,3% ($n=10$), у больных преимущественно было среднее образование. Пациенты либо вообще не имели стаж работы, либо он был крайне непродолжительным на низкоквалифицированных должностях. Двое больных имели инвалидность, один подавал документы на ее оформление (всего 33,3% случаев). Пациенты были одиноки, устойчивых социальных контактов не было, увлечений также не было. Больные вели пассивный образ жизни, практически не выходили из дома.

Для установления связи между уровнем социального функционирования и степенью выраженности психопатологической симптоматики на момент обследования было проведено межгрупповое сравнение показателей шкал HDRS, SOPS и SANS между больными с четырьмя выделенными уровнями функционирования. Сравнение проводилось попарно между ближайшими группами по мере ухудшения значений PSP: 100-81 и 80-61, 80-61 и 60-41, 60-41 и менее 40 баллов (Табл.1).

В первую очередь обращает на себя внимание то обстоятельство, что попарное сравнение не выявило существенных различий по степени выраженности депрессивной симптоматики, хотя, несомненно, у больных с крайними значениями уровня социального функционирования, она различалась ($p<0,05$). По другим же психопатологическим симптомам, включающим АПС и негативные симптомы, обнаружены следующие результаты.

Установлено, что больные с высоким уровнем социального функционирования (100-81 балл по шкале PSP) характеризуются также и практически полной симптоматической ремиссией, достоверно отличаясь от группы с более низким уровнем (61-80 балл) по степени выраженности АПС, по подшкале позитивных симптомов ($p=0,022$), а также подшкале симптомов дезорганизации ($p=0,009$), которая также косвенно свидетельствует о наличии продуктивной симптоматики. Отчетливые различия выявляются и в представленности негативных симптомов по соответствующей подшка-

ле SOPS ($p=0,003$) и по шкале SANS ($p=0,005$), а также большинству ее подшкал, за исключением алгии.

Попарное сравнение групп больных со средними значениями социального функционирования (80-61 и 60-41 балл по шкале PSP) продемонстрировало различия лишь по степени выраженности негативных симптомов по соответствующей подшкале SOPS ($p=0,023$) и по подшкале «Абулия-Апатия» ($p=0,030$) и «Ангедония-Асоциальность» ($p=0,029$) SANS.

Однако, при сравнении больных со средними и крайне низкими значениями PSP (60-41 балл и менее 40 баллов) вновь выявились достоверные различия по степени выраженности АПС, оцененные по позитивной подшкале SOPS ($p=0,029$) и подшкале симптомов дезорганизации SOPS ($p=0,001$), а также различия с высокой степенью достоверности по суммарному баллу шкалы SOPS ($p<0,001$). Отчетливо различалась также степень выраженности негативных симптомов по негативной подшкале SOPS ($p=0,007$), по шкале SANS ($p=0,007$), а также ряду ее подшкал: «Аффективное уплощение» ($p=0,031$), «Алогия» ($p=0,039$), «Ангедония-Асоциальность» ($p=0,007$).

Для определения ведущей психопатологической симптоматики, определяющей уровень социального функционирования, был проведен корреляционный анализ (Табл.2).

Установлено, что на общий уровень социального функционирования наиболее отчетливо влияет психопатологическая симптоматика, оцененная по шкале SOPS, и особенно негативные симптомы по соответствующей подшкале SOPS и шкале SANS. АПС и депрессивные симптомы продемонстрировали умеренную отрицательную корреляцию с уровнем социального функционирования PSP. При анализе клинических факторов, влияющих на составляющие социального функционирования, было установлено, что социально-полезную деятельность существенно снижает выраженная негативная симптоматика (балл по подшкале негативных симптомов SOPS и суммарный балл по шкале SANS). На качество социальных отношений в большей степени оказывают влияние симптомы ангедонии и асоциальности. Самообслуживание нарушается при выраженных негативных симптомах и симптомах дезорганизации (при учете баллов по соответствующим подшкалам SOPS). Степень выраженности беспокоящего и агрессивного поведения не связано с интенсивностью ни АПС, ни негативных симптомов, ни депрессии.

Обсуждение

Полученные данные продемонстрировали, что уровень социального функционирования на момент катamnестического обследования нельзя рассматривать изолированно от симптоматической ремиссии, хотя ряд авторов придерживаются концепции их разделения [4, 14], или же считают исходы неблагоприятными только на основании рецидивирования и персистенции АПС [12], не при-

Таблица 1. Степень выраженности психопатологической симптоматики у больных с разным уровнем функциональных исходов по шкале PSP.**Table 1. The degree of severity of psychopathological symptoms in patients with different levels of functional outcomes on the PSP scale**

Показатели	PSP 100-81 (n=5)	PSP 80-61 (n=11)	PSP 60-41 (n=12)	PSP менее 40 (n=10)
HDRS Суммарный балл [Q1;Q3]	6 [5;9]	12 [9;13, 5]	14,5 [9,75;17]	20,5 [16;26,5]
SOPS Суммарный балл [Q1;Q3]	5 [2;11] ¹	26 [19;30,5]	31,5 [25,75;40,75] ³	54,5 [47,25;56,75]
SOPS Баллы по подшкале «Позитивные симптомы» [Q1;Q3]	1 [0;1] ¹	4 [2;5,5]	5,5 [3,75;7,5] ³	10,5 [8,5;12]
SOPS Баллы по подшкале «Негативные симптомы» [Q1;Q3]	3 [2;4] ¹	10 [10;13,5] ²	16 [13;18] ³	19,5 [19;20,75]
SOPS Баллы по подшкале «Симптомы дезорганизации» [Q1;Q3]	1 [0;2] ¹	4 [2,5;5]	4,5 [2,75;7,25] ³	10 [9;12,75]
SOPS Баллы по подшкале «Общие симптомы» [Q1;Q3]	2 [1;4] ¹	8 [4;8,5]	6 [5,75;8,75] ³	12,5 [11,25;13,75]
SANS Суммарный балл [Q1;Q3]	3 [3;8] ¹	23 [18;30,5]	33 [27;36,75] ³	42 [37,75;50,75]
SANS Баллы по подшкале «Аффективное уплощение» [Q1;Q3]	1 [0;1] ¹	9 [3,5;12]	9,5 [6,5;13] ³	15,5 [11,75;17,75]
SANS Баллы по подшкале «Алогия» [Q1;Q3]	0 [0;1]	1 [1;2]	2,5 [1,75;3] ³	4,5 [3,25;6,75]
SANS Баллы по подшкале «Абулия-Апатия» [Q1;Q3]	1 [1;1] ¹	4 [2;6] ²	6 [5,75;7,25]	7,5 [6,25;9,5]
SANS Баллы по подшкале «Ангедония-Асоциальность» [Q1;Q3]	1 [1;1] ¹	8 [5,5;11,5] ²	12 [10;13,25] ³	14 [14;14,75]
SANS Баллы по подшкале «Нарушение внимания» [Q1;Q3]	0 [0;0] ¹	2 [1;2,5]	2 [2;3]	3,5 [2,25;4,75]

Примечание:

¹—различия между группами больных с исходами по PSP 100-81 и 80-61 (p<0,05)²—различия между группами больных с исходами по PSP 80-61 и 60-41 (p<0,05)³—различия между группами больных с исходами по PSP 60-41 и менее 40 (p<0,05)

Note:

1—differences between groups of patients with PSP outcomes 100-81 and 80-61 (p<0.05)

2—differences between groups of patients with PSP outcomes 80-61 and 60-41 (p<0.05)

3—differences between groups of patients with PSP outcomes 60-41 and less than 40 (p<0.05)

нимая во внимание выраженность других психопатологических симптомов.

Установлено, что высокий уровень социального функционирования возможен при условии полной редукции продромальных симптомов, к которым относятся не только собственно АПС, но и симптомы дезорганизации, оцененные по соответствующей подшкале SOPS, и негативные симптомы. Также о функциональной ремиссии высокого качества можно говорить при отсутствии остаточных депрессивных симптомов, т.к. при полной симптоматической ремиссии.

Если говорить о средних уровнях социального функционирования, то здесь на ее степень в первую очередь влияют не продуктивные симптомы и депрессивные расстройства, а нарастающие негативные явления, включая их домен абулии-апатии, свидетельствующий о редукции энергетического потенциала и нарушениях в мотивационной сфере. Продолжающееся снижение социального функционирования происходит на фоне про-

гредиентного эндогенного процесса, сопровождающегося персистенцией АПС, нарастанием симптомов дезорганизации, а также негативной симптоматики. Высокий балл по шкале HDRS у таких больных, скорее всего, является ложноположительным и свидетельствует не о собственно депрессии, а о формировании отчетливых дефицитарных расстройств.

Корреляционный анализ также подтвердил существенное влияние психопатологической симптоматики, включая не только АПС и негативные симптомы, но и симптомы дезорганизации, на общий уровень функционирования. Установлено тесное сродство степени выраженности негативных симптомов со снижением социально полезной деятельности. На социальные отношения в большей степени влияет аспект негативного симптомокомплекса, включающий ангедонию и асоциальность, а способность к самообслуживанию снижается при формировании отчетливых симптомов дезорганизации.

Таблица 2. Корреляционный анализ общего уровня социального функционирования и его составляющих со степенью выраженности психопатологической симптоматики**Table 2. Correlation analysis of the general level of social functioning and its components with the degree of severity of psychopathological symptoms**

Параметр	PSP суммарный балл	PSP социально полезная деятельность	PSP социальные отношения	PSP самообслуживание	PSP Беспокоящее и агрессивное поведение
HDRS Суммарный балл	-0,626	0,634	0,638		
SOPS Суммарный балл	-0,854	0,788	0,755	0,747	
SOPS Баллы по подшкале «Позитивные симптомы»	-0,669				
SOPS Баллы по подшкале «Негативные симптомы»	-0,876	0,831	0,765	0,763	
SOPS Баллы по подшкале «Симптомы дезорганизации»	-0,776	0,739	0,655	0,732	
SOPS Баллы по подшкале «Общие симптомы»	-0,761	0,703	0,671		
SANS Суммарный балл	-0,812	0,793	0,716	0,717	
SANS Баллы по подшкале «Аффективное уплощение»	-0,680	0,717		0,647	
SANS Баллы по подшкале «Алогия»	-0,642	0,664		0,624	
SANS Баллы по подшкале «Абулия-Апатия»	-0,663	0,648			
SANS Баллы по подшкале «Ангедония-Асоциальность»	-0,751	0,706	0,801		
SANS Баллы по подшкале «Нарушение внимания»		0,657			

Примечание: представлены только статически достоверные корреляции ($p < 0,05$)

Note: only statically reliable correlations ($p < 0,05$) are presented

Заключение

Проведенное исследование показало, что исходы первого депрессивного эпизода с симптомами риска по шизофрении в целом характеризуются той или иной степенью снижения социального функционирования, которое нельзя рассматривать как самостоятельный феномен, а напротив, как производное выраженности психопатологической симптоматики.

ются той или иной степенью снижения социального функционирования, которое нельзя рассматривать как самостоятельный феномен, а напротив, как производное выраженности психопатологической симптоматики.

Литература/References:

1. Омельченко М.А. Клинико-психопатологические особенности юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра. Психиатрия. 2021;19(1):16-25. Omelchenko MA. Clinical Features of Youth Depression with Attenuated Symptoms of the Schizophrenic Spectrum. Psihiatriya. 2021;19(1):16-25. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-16-25>
2. Andreasen NC. Review the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. Br. J. Psychiatry Suppl.1989; 7:49-58. <https://doi.org/10.1192/S0007125000291496>
3. Hamilton M. A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1960; 23:56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

4. Lemos-Giráldez S, Vallina-Fernández O, Fernández-Iglesias P, Vallejo-Seco G, Fonseca-Pedrero E, Paíno-Piñeiro M, Sierra-Baigrie S, García-Pelayo P, Pedrejón-Molino C, Alonso-Bada S, Gutiérrez-Pérez A, Ortega-Ferrández JA. Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: a longitudinal study. *Schizophr Res.* 2009; 115(2-3):121-9.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.09.011>. Epub 2009 Sep 27. PMID: 19786339.
5. Lewandowski KE. Neuropsychological progression across the Early Course of Psychosis. *J. Psychiatr. Brain Sci.* 2020; 5:e200002.
<https://doi.org/10.20900/jpbs.20200002>
6. Lin A. Outcomes of nontransitioned cases in a sample at ultra-high risk for psychosis. *Am. J. Psychiatry.* 2015; 172:249–258.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13030418>
7. Malla A. Comparing three-year extension of early intervention service to regular care following two years of early intervention service in first-episode psychosis: a randomized single blind clinical trial. *World Psychiatry.* 2017; 16(3):278–286.
<https://doi.org/10.1002/wps.20456>
8. Marín O. Developmental timing and critical windows for the treatment of psychiatric disorders. *Nat Med.* 2016; 22(11):1229–1238.
<https://doi.org/10.1038/nm.4225>
9. McGorry P. Beyond the “at risk mental state” concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry.* 2018; 17(2):133–142.
<https://doi.org/10.1002/wps.20514>
10. Miller TJ. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *Am. J. Psychiatry.* 2002; 159:863–865.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.863>
11. Miller TJ. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatr. Q.* 1999(70):273–287.
<https://doi.org/10.1023/A:1022034115078>
12. Polari A. Clinical trajectories in the ultra-high risk for psychosis population. *Schizophr. Res.* 2018; 197:550–556.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.01.022>
13. Rutigliano G. Persistence or recurrence of non-psychotic comorbid mental disorders associated with 6-year poor functional outcomes in patients at ultra high risk for psychosis. *J Affect. Disord.* 2016; 203:101–110.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.053>
14. Schlosser DA, Jacobson S, Chen Q, Sugar CA, Niendam TA, Li G, Bearden CE, Cannon TD. Recovery from an at-risk state: clinical and functional outcomes of putatively prodromal youth who do not develop psychosis. *Schizophr Bull.* 2012; 38(6):1225–33.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr098>

Сведения об авторах

Омельченко Мария Анатольевна — д.м.н., заведующая отделом по подготовке специалистов в области психиатрии, ведущий научный сотрудник отдела юношеской психиатрии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», 115522 Москва, Каширское шоссе, 34. E-mail: omelchenko-ma@yandex.ru

Мигалина Валентина Владимировна — к.м.н., научный сотрудник отдела юношеской психиатрии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья». E-mail: migalina-vv@mail.ru

Поступила 27.06.2022

Received 27.06.2022

Принята в печать 30.08.2022

Accepted 30.08.2022

Дата публикации 12.12.2022

Date of publication 12.12.2022