

© Бархатова А.Н. и др., 2024

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.89-008.486

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-5-68-74>

Полиморфный аффективный психоз: основания для диагностики БАР I типа, шизофрении или отдельной нозологической формы

Александра Николаевна Бархатова, Анна Михайловна Чуркина, Алиса Сергеевна Штейнберг
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Анна Михайловна Чуркина, anna_churkina@outlook.com

Резюме

Обоснование: в клинической практике известны случаи с неоднократной сменой диагноза аффективного заболевания на диагноз шизофрении, по некоторым данным, более чем у 50% пациентов, длительно болеющих биполярным аффективным расстройством (БАР). Эти наблюдения послужили основанием теории «психопатологического континуума», обозначаемой как феномен перекрытия расстройств аффективного и шизофренического спектра. **Цель:** изучить феномен «синдромального сдвига» при диагностированном биполярном расстройстве I типа с длительным течением и наличием аффективных и шизофреноформных эпизодов. **Пациенты и методы:** обследован 91 пациент с диагнозом БАР I типа, когда в течение заболевания хотя бы в одном из эпизодов наблюдалась не конгруэнтная аффекту психотическая симптоматика, однако диагноз на протяжении заболевания не изменялся. Длительность катамнестического наблюдения составила 12–15 лет. Выделены три группы пациентов: с доминированием аффективных, шизоаффективных или шизофреноформных эпизодов в течении БАР I. Анализ эпизодов и сопоставление этих групп проведены с использованием психометрических шкал (Шкала оценки дистимии Корнелла, Cornell Dysthymia Rating Scale, CDRS; Шкала оценки мании, Young Mania Rating Scale, YMRS; Шкала позитивных и негативных синдромов, Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS; Глобальная оценка функционирования, Global Assessment of Functioning, GAF). **Результаты:** в настоящем исследовании изучались характеристики, сходства и различия эпизодов биполярного аффективного расстройства (БАР) I типа, основанные на анализе данных длительного катамнестического наблюдения пациентов. С учетом доминирования различных видов эпизодов за период течения заболевания выстроены критерии диагностики. Течение было полиморфным, имели место не только аффективные фазы, но и с разной частотой шизоаффективные и шизофреноформные эпизоды. Обнаружены значительные различия в случаях течения заболевания с доминированием расстройств настроения с шизоаффективными и шизофреноформными эпизодами, особенно отчетливо это было в отношении таких параметров как возраст первого обращения и качество глобального функционирования. **Выводы:** течение БАР I типа, несмотря на феноменологическое сходство, обнаруживает устойчивые различия между типами с преобладанием аффективных, шизоаффективных или шизофреноформных эпизодов. Синдромальный сдвиг и зона перекрытия расстройств формируются вследствие «антагонистического влияния» прототипов «расстройств настроения» и шизофреноформных проявлений. Выбор диагностической стратегии должен учитывать полиморфизм БАР, чтобы обеспечить адекватное лечение и профилактику рецидивов, поскольку границы данных диагностических категорий лабильны и проницаемы.

Ключевые слова: биполярное расстройство I типа, катамнестическое исследование, синдромальный полиморфизм, шизоаффективное расстройство, шизофреноформные симптомы

Для цитирования: Бархатова А.Н., Чуркина А.М., Штейнберг А.С. Полиморфный аффективный психоз: основания для диагностики БАР I типа, шизофрении или отдельной нозологической формы. *Психиатрия*. 2024;22(5):68–74. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-5-68-74>

RESEARCH

UDC 616.89-008.486

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-5-68-74>

Polymorphous Affective Psychosis: Grounds for Diagnosis of Bipolar I Disorder, Schizophrenia, or Separate Nosological Form

Alexandra N. Barkhatova, Anna M. Churkina, Alisa S. Shteinberg
FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Corresponding author: Anna M. Churkina, anna_churkina@outlook.com

Summary

Background: According to some data in more than 50% of patients, suffering from bipolar disorder (BD) for a long time, cases of repeated changes in the diagnosis of affective disorder for schizophrenia are known in clinical practice. These observations

served as the basis for the theory of the “psychopathological continuum,” referred to as “the phenomenon of overlapping disorders of the affective and schizophrenic spectra”. **The objective** of the investigation was to study the phenomenon of “syndromal shift” in a diagnosed bipolar I disorder with a long course and the presence of affective and schizophreniform episodes. **Patients and Methods:** A total of 91 patients with diagnoses of bipolar I disorder were examined, whereas during the illness in at least one episode psychotic symptoms incongruent with affect were observed, but the diagnosis did not change during the course of the disease. The duration of follow-up observation was 12–15 years. Three groups of patients were identified as follows: with a predominance of affective, schizoaffective, or schizophreniform episodes. The analysis of episodes and comparison of these groups was carried out using psychometric scales (Cornell Dysthymia Rating Scale, CDRS; Young Mania Rating Scale, YMRS; Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS; Global Assessment of Functioning, GAF). **Results:** this study examined the characteristics, similarities, and differences of bipolar disorder I episodes based on the analysis of the long-term follow-up observation of patients. Diagnostic criteria were developed, taking into account the dominance of different types of episodes during the course of the disease. The course was polymorphic with not only affective phases, but also with schizoaffective and schizophreniform episodes, occurring with varying frequency. Significant differences were found in cases of the course of the disease with a predominance of mood disorders with schizoaffective and schizophreniform episodes. This was especially clear in relation to such parameters as the age of the first appointment with a psychiatrist and the quality of global functioning. **Conclusions:** despite the phenomenological similarity, the course of bipolar disorder I, reveals stable differences between types with a predominance of affective, schizoaffective, or schizophreniform episodes. The syndromal shift and the zone of overlapping disorders are formed as a result of the “antagonistic influence” of the “mood disorders” prototypes and schizophreniform manifestations. The choice of diagnostic strategy should take into account BD polymorphism in order to ensure adequate treatment and prevention of relapses, since the boundaries of these diagnostic categories are labile and permeable.

Keywords: bipolar disorder type I, follow-up study, syndromal polymorphism, schizoaffective disorder, schizophreniform symptoms

For citation: Barkhatova A.N., Churkina A.M., Shteinberg A.S. Polymorphous Affective Psychosis: Grounds for Diagnosis of Bipolar I Disorder, Schizophrenia, or Separate Nosological Form. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(5):68–74. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-5-68-74>

ВВЕДЕНИЕ

Со времени выделения биполярного аффективного расстройства (БАР) как нозологической формы и определения его места в психиатрической систематике в клинической практике неоднократно возникала необходимость смены диагноза у одного и того же пациента, наблюдающегося в течение длительного времени. Эти случаи послужили основанием теории «психопатологического континуума», сформулированной в конце XX в. и позже обозначаемой как «феномен перекрытия двух спектров расстройств — аффективного и шизофренического» [1, 2]. Связь биполярного расстройства I типа с шизофренией с ее многообразием симптомов и синдромов представляет актуальную диагностическую проблему [3, 4]. Симптоматология и клинические признаки, безусловно, только в ограниченной степени подходят для различения прототипов, поскольку клинические совпадения этих видов психической патологии многочисленны. Но также верно и то, что пока мы не можем различить прототипы эндогенного психического заболевания ни на основе нейробиологических, ни на основе генетических данных. В дополнение к клинической реальности этот факт способствовал созданию концепции биполярного спектра (H.S. Akiskal, 2002). Согласно этой концепции, БАР включает случаи расстройств с признаками, не конгруэнтными базовому аффекту, и имеющих «шизофреноподобные» симптомы [5].

Проблемы верификации диагноза связаны прежде всего с отсутствием ясности в понимании проблемы синдромальной оценки основных психических расстройств [6]. Именно поэтому обращает на себя

внимание тот факт, что в немногочисленных исследованиях, опубликованных уже в XXI в., авторы обнаруживают «нозологический сдвиг» более чем у 50% пациентов, длительно болеющих БАР. Исследователи подчеркивают, что смена диагноза определена продолжительностью наблюдения, диагностическими критериями и используемыми в то или иное время определениями. Эти наблюдения послужили основанием теории «психопатологического континуума», сформулированной в конце XX в. и позже обозначаемой как «феномен перекрытия двух спектров расстройств — аффективного и шизофренического». Хотя наблюдаемый синдромальный полиморфизм при БАР является одним из основных положений теории континуума, чаще все же речь идет об аспектах коморбидности различных психических расстройств, смешения двух или более психопатологических прототипов и т.п.

В DSM-5 и МКБ-10 изменения феноменологии эпизодов или синдрома не включены в диагностические категории. Определяющим признаком БАР в этих классификационных системах считается наличие маниакальной симптоматики [7–9]. Однако ни DSM, ни МКБ не комментируют проблему смены эпизодов в течение длительного наблюдения и не могут ответить на вопрос, какой тип расстройства изменяется на шизофреноформное или шизоаффективное.

Цель: изучить феномен «синдромального сдвига» при диагностированном БАР I типа с длительным течением и наличием аффективных и шизофреноформных эпизодов. Предполагается тем самым внести вклад в понимание феномена «синдромального сдвига» при БАР I типа.

Таблица 1. Общие сведения об обследованных пациентах**Table 1** General information about studied patients

Общее количество пациентов/Total	n = 91
Распределение по полу/Distribution by gender	
Мужчины/Male	n = 47 (51,6%)
Женщины/Female	n = 44 (48,3%)
Возраст первого обращения/Age of first referral	x ; $\bar{m}$ = 31,13 лет (SD 11,44)
Возраст последующего наблюдения/Age of follow-up	x ; $\bar{m}$ = 47,88 лет (SD 12,62)
Длительность проспективного наблюдения/Duration of prospective observation	x ; $\bar{m}$ = 4,83 года (SD 2,46)
Длительность заболевания/Duration of the disease	x ; $\bar{m}$ = 16,84 лет (SD 10,91)
Количество эпизодов/Number of episodes	770
Количество эпизодов, потребовавших стационарного лечения/Number of episodes requiring inpatient treatment	566
Количество эпизодов амбулаторного лечения/Number of outpatient treatment episodes	204

Таблица 2. Инструменты оценки расстройств**Table 2** Disorders' assessment instruments

Депрессивные симптомы/Depressive symptoms	Шкала оценки дистимии Корнелла/Cornell Dysthymia Rating Scale (CDRS)
Маниакальные симптомы/Manic symptoms	Шкала оценки мании/Young Mania Rating Scale (YMRS)
Психотические симптомы/Psychotic symptoms	Шкала позитивных и негативных синдромов/Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
Уровень функционирования/Level of functioning	Глобальная оценка функционирования/Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Катамнестическое клиническое исследование с последующим проспективным наблюдением выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний в период с 1 января 2014 г. по май 2024 г. Обследован 91 пациент в возрасте от 18 до 45 лет, проходивший стационарное и/или амбулаторное лечение с установленным диагнозом БАР (в соответствии с критериями МКБ-10). В целях исследования диагноз был переформулирован в соответствии с критериями DSM-5. Выделены три группы наблюдавшихся в течение заболевания эпизодов: аффективные, шизоаффективные и шизофреноформные (табл. 1).

В соответствии с задачами исследования оценили 770 эпизодов, развившихся между первым обращением и последней точкой проспективного наблюдения (x ; $\bar{m}$ = 16,84 лет). 566 эпизодов потребовали стационарного лечения, а 204 эпизода — амбулаторного. Диспропорцию между стационарным и амбулаторным лечением можно объяснить особенностями заболевания БАР I типа, при котором рекомендуется госпитализация. Применяемые формализованные шкалы оценки на протяжении всего исследования показаны в табл. 2.

В данном сообщении варианты течения эпизодов оценивались с помощью индекса присутствия симптомов (Symptom Presence Index, SPI), предложенного А. Marneros и соавт. [10]. Индекс присутствия симптомов показывает, как часто отмечается определенная группа эпизодов («аффективный», «шизоаффективный», «шизофреноформный») по отношению к их общему числу у пациента. Индекс SPI для каждого отдельного пациента рассчитывается путем деления

количества упомянутых эпизодов (аффективные, шизоаффективные, шизофреноформные) на общее количество эпизодов¹.

Для определения статистической достоверности использовали методы статистического анализа для малых выборок с применением критерия Пирсона χ^2 , который позволял сопоставить распределение теоретических и эмпирических частот, а также критерий Краскела–Уоллиса для сравнения средних величин. Различия считались достоверными, если доверительный интервал находился в пределах $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее частым среди 770 оцененных эпизодов был маниакальный тип (27,5%) (рис. 1), за которым следовали депрессивные эпизоды (24,4%). Частота всех шизоаффективных эпизодов составила 21,9% (шизоманиакальных и шизодепрессивных). Хотя около четверти пациентов (25,6%) имели хотя бы один шизоаффективный или аффективно-смешанный эпизод в течение заболевания, доля чисто аффективно-смешанных эпизодов в общем количестве составила всего 3,7% эпизодов. Почти у трети пациентов (34,1%) был, по крайней мере, один шизофреноформный или шизоаффективный эпизод в течение катамнестического периода.

¹ Максимально возможное значение для любого SPI равно 1; минимально возможное значение равно 0. Например: у пациента в общей сложности семь эпизодов: один депрессивный, четыре шизоаффективных и два шизофреноформных. Таким образом, шизофреноформный SPI будет равен 0,28 (2/7), SPI настроения также 0,14 (1/7), а шизоаффективный SPI 0,57 (4/7). Тип эпизода считается доминирующим в течении, если его SPI больше 0,50.

Таблица 3. Мономорфный и полиморфный типы течения у больных БАР I типа
Table 3 Monomorphic and polymorphic types of course in patients with BD I

Варианты течения БАР/Variants of the course of bipolar disorder	n	%
Мономорфный тип/Monomorphous type		
Эпизоды мономорфного аффекта (количество)/Episodes of monomorphic affect (number)	24	26,4
Мономорфные шизоаффективные эпизоды(количество)/Monomorphic schizoaffective episodes (number)	14	15,4
Всего/Total	38	41,7
Полиморфный тип (количество)/Polymorphous type (number)	53	58,3
Аффективный и шизоаффективный эпизоды (количество)/Affective and schizoaffective episodes (number)	20	22,0
Аффективные, шизоаффективные и шизофреноформные эпизоды (количество)/Affective, schizoaffective and schizophreniform episodes (number)	15	16,9
Шизоаффективный и шизофреноформный эпизоды (количество)/Schizoaffective and schizophreniform episodes (number)	12	13,2
Аффективные и шизофреноформные эпизоды (количество)/Affective and schizophreniform episodes (number)	6	6,6
Всего (количество)/Total (number)	91	100,0

Как показано на рис. 2, в начале заболевания маниакальные эпизоды также являются наиболее частыми (39%). У 22% пациентов изначально был квалифицирован как шизофреноформный эпизод, но позже в ходе заболевания он был расценен как биполярный.

Предполагается, что течение заболевания, включающее один и тот же тип эпизода или же подавляющее большинство эпизодов одного типа, можно обозначить

как мономорфное, тогда как полиморфное течение включает в себя два и более типов эпизодов, фигурировавших на протяжении заболевания. Мономорфными оказались случаи БАР, которые включают только аффективные, либо только шизоаффективные эпизоды. Полиморфным обозначалось течение БАР с различными типами эпизодов — аффективными, наряду с шизоаффективными или шизофреноформными.

Среди обследованных 91 пациента у 38 (41,7%) наблюдалось мономорфное биполярное течение, а у 58,3% — полиморфное биполярное течение. Разница статистически значима (рис. 3).

Среди 38 пациентов с мономорфным течением у 14 (36,8%) наблюдалось мономорфное расстройство аффекта, а у 24 пациентов (63,2%) — мономорфное шизоаффективное расстройство, как показано в табл. 3.

Наиболее распространенной комбинацией при длительном наблюдении оказалось сочетание аффективных и шизоаффективных эпизодов (22,0%), за которыми следует сочетание аффективных/шизоаффективных/шизофреноформных эпизодов (16,9%). Только у 26,4% пациентов с биполярным расстройством I типа не обнаружено симптоматики, не соответствующей



Рис. 1. Доля различных типов эпизодов, %
Fig. 1 Ratio of different types of Episode, %

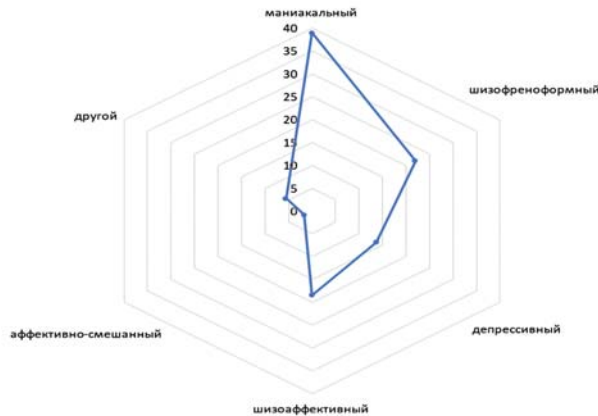


Рис. 2. Тип первого эпизода
Fig. 2 Type of first episode

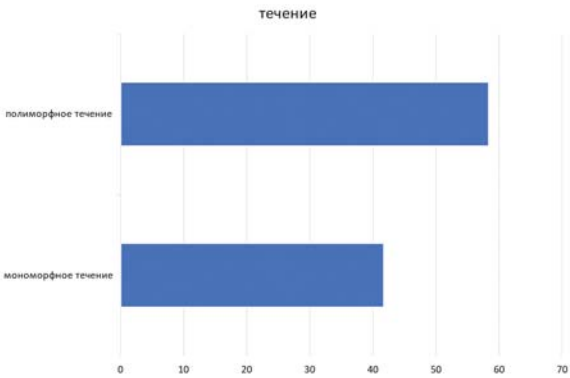


Рис. 3. Мономорфное и полиморфное течение биполярного расстройства I типа ($\chi^2 = 4,308, p = 0,038$)
Fig. 3 Monomorphous and polymorphous course of bipolar disorders I ($\chi^2 = 4,308, p = 0,038$)

Таблица 4. Тип течения болезни в зависимости от значения SPI**Table 4** Disease course type depending from SPI

Тип доминирования/Dominance type	Пациенты с БАП/Patients with bipolar disorder (n = 91)
Аффект-доминантный/Affect-dominant (SPI _m > 0,5)	43 (47,3%)
Шизоаффективно-доминантный/Schizoaffective dominant (SPI _{sa} > 0,5)	26 (28,6%)
Шизодоминантный/Schizodominant (SPI _{sch} < 0,5)	9 (9,9%)
Не классифицируется/Not classified	13 (14,3%)

Таблица 5. Возраст на момент первого обращения, лет**Table 5** Age of first referral, years

Тип доминирования/Dominance type	n	%	Медиана/Median	Минимум/Minimum	Максимум/Maximum
Аффект-доминантный/Affect-dominant	34	37,36	31,50	19	60
Шизоаффективно-доминантный/Schizoaffective dominant	33	36,26	26,00	16	57
Шизодоминантный/Schizodominant	24	26,37	25,00	17	48

Примечание: $\chi^2 = 4,696$, $df = 2$, $p = 0,096$ (тест Краскела–Уоллиса).

Note: $\chi^2 = 4,696$, $df = 2$, $p = 0,096$ (Kruskal–Wallis test)

спектру аффективной патологии. Еще 15,4% имели шизоаффективную симптоматику.

Таким образом, мы фактически имеем трихотомию течения БАП. У трети пациентов в течении заболевания наблюдался, по крайней мере, один шизофреноформный эпизод. У другой трети отмечен хотя бы один шизоаффективный эпизод, но ни одного шизофреноформного эпизода. У остальных пациентов не выявлялось шизофреноформной симптоматики, т. е. имели место только аффективные эпизоды без каких-либо дополнительных симптомов.

Приоритетный тип течения, исходя из доминирования аффективных, шизоаффективных или шизофреноформных эпизодов, определялся путем оценки индекса присутствия симптома (SPI). В группе из 91 обследуемого пациента медиана SPI аффективной симптоматики 0,60 (стандартное отклонение (SD) 0,38), шизоаффективной SPI — 0,29 (SD 0,32), а шизофреноформной SPI — 0,12 (SD 0,21).

Оценка доминирования SPI выявила, что у большинства пациентов (табл. 4) с биполярным расстройством (47,3%) преобладали аффективные эпизоды («течение с доминированием аффекта»), тогда как в 28,6% случаев преобладали шизоаффективные эпизоды («шизоаффективно-доминантные»), и только у 9,9% пациентов с биполярным расстройством преобладали шизофреноформные эпизоды («шизодоминантное течение»).

Пациенты с биполярным расстройством I типа с шизодоминантным течением впервые в жизни обращались за терапией в более молодом возрасте ($x = 26,37$), чем пациенты с аффективно-доминантным течением ($x ; - = 37,36$), что в целом согласуется с известными представлениями (табл. 5).

В отношении качества жизни была применена шкала Глобальной оценки функционирования (Global Assessment of Functioning, GAF), на основании которой удалось установить, что пациенты с биполярным расстройством I типа с преобладанием аффективных эпизодов набрали большее количество баллов

по сравнению с другими группами. Обследуемые с преобладанием шизофреноформного течения имели самые низкие показатели по данной шкале. Пациенты с преимущественно шизоаффективным течением занимали промежуточное положение. Квалифицируя исход как неблагоприятный (GAF < 70) и как благоприятный (GAF > 70), мы обнаружили, что почти у двух третей пациентов с аффективными и шизоаффективными эпизодами имел место благоприятный исход. Напротив, большинство пациентов с преобладанием шизофреноформного течения (61,5%) продемонстрировали неблагоприятный исход, однако никаких значимых различий между тремя группами обнаружено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показывают, что течение БАП у обследованных пациентов более чем в половине случаев оказывается полиморфным, представляя различные варианты сочетания аффективных и шизоаффективных эпизодов. Между тем мономорфное биполярное течение было обнаружено только у одной трети пациентов. Мономорфное биполярное шизоаффективное течение было относительно редким — всего у 15,4% пациентов. Тем не менее наиболее частым типом эпизодов являются аффективные эпизоды, среди которых преобладали маниакальные (27,5%), за ними следовали депрессивные (около 24,4%), а смешанные аффективные эпизоды встречались относительно редко (3,7%). Более четверти от общего числа эпизодов были признаны шизоаффективными, но у 56,0% ($n = 51$) пациентов был, по крайней мере, один шизоаффективный эпизод. Шизоманиакальные эпизоды встречались в два раза чаще, чем шизодепрессивные (около 15% против 7%). Шизоаффективные смешанные эпизоды также встречались редко (около 4%). Хотя шизофреноформные эпизоды встречались не очень часто (только около 12% эпизодов), почти у трети пациентов (31,3%) был, по крайней мере,

один шизофреноформный эпизод в течение катamnестического периода. На основании вышеизложенных данных можно сделать вывод, что, хотя большинство эпизодов при длительном течении БАР относится к группе аффективных, у преобладающего числа пациентов с биполярным расстройством I типа (почти две трети) при длительном течении наблюдается также не конгруэнтная аффекту психотическая симптоматика, проявляющаяся либо в виде шизофреноформных, либо в виде шизоаффективных эпизодов.

У большинства пациентов с БАР (более 54%) заболевание манифестировало аффективным эпизодом, но тем не менее у 22% в первом приступе заболевания присутствовала шизофреноформная, а у 18% — шизоаффективная симптоматика: это означает, что у 40% пациентов с биполярным расстройством I типа было отмечено присутствие не конгруэнтных аффекту психотических симптомов.

Для большинства обследованных пациентов с биполярным расстройством I типа течение оставалось в рамках аффективного континуума расстройств, однако высокую значимость имеет тот факт, что более чем у 27% пациентов большинство оцененных эпизодов включали не конгруэнтные аффекту психотические симптомы, и даже у 7% из них большинство эпизодов квалифицировались как шизофреноформные. По нашему мнению, этот вывод является весомым аргументом в пользу поиска закономерностей течения с выделением отдельной нозологической формы отличной как от БАР, так и от шизоаффективного расстройства и шизофрении.

Таким образом, проведенное катamnестическое и последующее проспективное исследование показывает некоторые существенные различия между пациентами с преобладанием разных эпизодов. Для пациентов с шизоформно-доминирующим течением отмечено более раннее начало. Похожие результаты были получены относительно параметров исхода: по сравнению со случаями с шизофреноформным течением, картина заболевания с преобладанием аффективных расстройств сопровождалась более высоким уровнем глобального функционирования. Случаи с шизоаффективным течением занимали промежуточное положение, при этом имели большее сходство с вариантами заболевания с преобладанием аффективных эпизодов.

Настоящее исследование также подчеркивает актуальность длительных катamnестических наблюдений для понимания феномена «синдромального сдвига», его практических и теоретических последствий. Для реального познания расстройств мы должны учитывать варианты развития, поскольку диагностика означает не только алгоритмическую конструкцию с предполагаемой нейробиологической основой, но также имеет клиническую функцию и служит обоснованием для назначения адекватной терапии.

Одним из важных аспектов, выявленных за последнее столетие психиатрами, интересующимися пролонгированным наблюдением течения психических

расстройств, был так называемый «синдромальный сдвиг» и смена диагноза одной нозологической единицы на другую в течение жизни пациента. Исследования последних трех десятилетий, главным образом при изучении случаев нестабильности диагноза или феноменологической изменчивости расстройства, весьма малочисленны. Безусловно, дефицит исследований и стремление игнорировать клиническую реальность приводит к тому, что случаи заболевания рассматриваются как принадлежащие к широкому спектру психической патологии. Трактовка «синдромального сдвига» влечет за собой различные сомнительные интерпретации — от концепции «единого психоза» до «наложения различных психотических спектров» и «коморбидности отдельных заболеваний». Но эти предположения не являются решением проблемы, по крайней мере, пока нейробиология и генетика не способны различать прототипы и не отвечают текущим операциональным диагностическим запросам.

Возможно, один из подходов к разрешению проблемы состоит в том, чтобы показать, насколько отличаются пациенты, у которых одновременно или последовательно наблюдаются шизофреноформные и аффективные эпизоды. Поиск закономерностей формирования и существования этих отличий приблизит нас к ответам на эти вопросы.

Теоретически можно утверждать, что у пациентов с полиморфным аффективным психозом могут быть, по крайней мере, два сопутствующих расстройства: шизофрения и биполярное расстройство. Следовательно, одновременное проявление обоих заболеваний приведет к «шизоаффективным» эпизодам, в то время как эти же признаки, наблюдающиеся в отдельные периоды времени, образуют прототипические эпизоды. Однако это не может объяснить тот факт, что пациенты с полиморфным течением отличаются от пациентов с прототипическим (шизофрения или БАР) такими показателями как возраст манифестации, начало, исход и т.д. Мы считаем, что более адекватным ответом является то, что «антагонистическое влияние» обоих генетически детерминированных (или совместно детерминированных) расстройств приводит к формированию отдельной категории патологии. Результаты настоящего исследования подтверждают тот факт, что так называемое перекрывание спектров обнаруживает свою траекторию развития и не может быть истолковано только в рамках влияния прототипических расстройств.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Voelker R. What Is Bipolar Disorder? *JAMA*. 2024; 12;331(10):894. doi: 10.1001/jama.2023.24844. PMID: 38363576
2. Uher R, Pavlova B, Najafi S, Adepalli N, Ross B, Howes Vallis E, Freeman K, Parker R, Propper L, Palaniyappan L. Antecedents of major depressive, bipolar, and psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Neurosci Biobehav*

- Rev. 2024; 160:105625. doi: 10.1016/j.neubiorev.2024.105625. Epub 2024 Mar 15. PMID: 38494121.
3. Петрова НН. Диагностика и терапия биполярного расстройства. *Современная терапия психических расстройств* 2024;2:41–54. doi: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.005
Petrova NN. Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder. *Sovremennaya Terapiya Psihicheskikh Rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]*. 2024; 2:41–54. (In Russ.). doi: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.005
 4. Шашкова НГ, Сальникова ЛИ, Кирьянова ЕМ. Шизоаффективное расстройство: современное состояние вопроса. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2022;32(3):63–72.
Shashkova NG, Sal'nikova LI, Kir'yanova EM. Schizoaffective disorder: the current state of the issue. *Social and Clinical Psychiatry*. 2022;32(3):63–72. (In Russ.).
 5. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum re-defined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Dec;25(4):713–737. doi: 10.1016/s0193-953x(02)00023-0. PMID: 12462857.
 6. De Prisco M, Oliva V, Fico G, Radua J, Grande I, Roberto N, Anmella G, Hidalgo-Mazzei D, Fornaro M, de Bartolomeis A, Serretti A, Vieta E, Murru A. Emotion dysregulation in bipolar disorder compared to other mental illnesses: a systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2023; 53(16):7484–7503. doi: 10.1017/S003329172300243X. Epub 2023 Oct 16. PMID: 37842774; PMCID: PMC10951413.
 7. Parker G, Spoelma MJ. A chat about bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2024;26(3):249–254. doi: 10.1111/bdi.13379. Epub 2023 Sep 28. PMID: 37771250.
 8. Brockington IF, Kendell RE, Wainwright S, Hillier VF, Walker J. The distinction between the affective psychoses and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1979;135:243–248.
 9. Bipolar II Disorder. Modellig, Measuring and Managing (3rd ed.). Cambridge University Press. 2019 Edited by Gordon Parker.
 10. Marneros A, Deister A, Rohde A. Syndrome shift in the long-term course of schizoaffective disorders. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 1988;238(2):97–104. doi: 10.1007/BF00452784

Сведения об авторах

Александра Николаевна Бархатова, доктор медицинских наук, руководитель отдела, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3805-332X>
abarkhatova@yandex.ru

Анна Михайловна Чуркина, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-7453-3155>
anna_churkina@outlook.com

Алиса Сергеевна Штейнберг, младший научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0009-0002-7273-3046>
guryanalisa@gmail.com

Information about the authors

Alexandra N. Barkhatova, Dr. Sci. (Med.), Head of Department, Department for studying of endogenous mental disorders and affective states, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3805-332X>
abarkhatova@yandex.ru

Anna M. Churkina, Cand. Sci. (Med.), Senior researcher, Department for studying of endogenous mental disorders and affective states, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-7453-3155>
anna_churkina@outlook.com

Alisa S. Shteinberg, Junior researcher, Department for studying of endogenous mental disorders and affective states, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0009-0002-7273-3046>
guryanalisa@gmail.com

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare about no conflict of interests.

Дата поступления 08.08.2024
Received 08.08.2024

Дата рецензирования 01.09.2024
Revised 01.09.2024

Дата принятия 02.09.2024
Accepted for publication 02.09.2024