

© Бархатова А.Н., 2025
© Чуркина А.М., 2025
© Штейнберг А.С., 2025
© Чайка Ю.А., 2025

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.89-008.486

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-32-37>

Биполярное аффективное расстройство: анализ частоты и структуры фаз «со смешанными признаками» в фокусе прогноза

Александра Николаевна Бархатова, Анна Михайловна Чуркина, Алиса Сергеевна Штейнберг, Юлия Александровна Чайка

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

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

Резюме

Обоснование: несмотря на множество научных исследований, тема аффективно-смешанных состояний у лиц с диагностированным биполярным аффективным расстройством (БАР) остается недостаточно изученной в связи с трудностями диагностики, более редкой по сравнению с депрессивными эпизодами обращаемостью, трудностями формирования корректной терапевтической тактики и определения прогноза. **Цель:** изучить частоту возникновения и структуру аффективно-смешанных эпизодов у пациентов с диагностированным БАР. **Пациенты и методы:** клинко-психопатологическим и статистическим методами обследовано 165 пациентов, впервые проходивших стационарное лечение в Отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ в период с 2013 по 2023 г. Все пациенты, включенные в исследование, имели клинически подтвержденный диагноз БАР. **Результаты:** на основании характеристик аффективных расстройств выделены четыре группы аффективных эпизодов: маниакальные со смешанными чертами, чисто маниакальные, депрессивные со смешанными проявлениями и депрессивные без признаков смешанного аффекта. Показатели частоты аффективных фаз со смешанными признаками значительно отличались от таковых в сравниваемых группах. У пациентов с аффективно-смешанными эпизодами отмечался ранний возраст начала заболевания, более молодой возраст при первой госпитализации, более частые госпитализации и высокий суицидальный риск по сравнению с пациентами без смешанных признаков в клинических проявлениях аффективного эпизода. **Выводы:** проведенный анализ позволяет расширить представление о вариативности биполярного аффективного расстройства, его клинических характеристиках, а также обосновать терапевтическую стратегию для данного контингента пациентов. Полученные результаты предполагают формирование направления будущих исследований в области БАР, включая разработку точного определения характеристик пациентов с аффективно-смешанными фазами при биполярном аффективном расстройстве.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, смешанные черты, депрессии, мании

Для цитирования: Бархатова А.Н., Чуркина А.М., Штейнберг А.С., Чайка Ю.А. Биполярное аффективное расстройство: анализ частоты и структуры фаз «со смешанными признаками» в фокусе прогноза. *Психиатрия*. 2025;23(2):32–37. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-32-37>

RESEARCH

UDC 616.89-008.486

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-32-37>

Bipolar Disorder: Analysis of Frequency and Structure of Affective Phases “with Mixed Features” in the Focus of Prognosis

Alexandra N. Barkhatova, Anna M. Churkina, Alisa S. Shteinber, Yuliya A. Chaika

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

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

Summary

Background: despite numerous scientific studies, the topic of affective-mixed states in individuals diagnosed with bipolar disorder (BD) remains unexplored to a full extent due to difficulties in diagnosis, lower referral rates for medical advice, compared to depressive episodes, difficulties in developing correct therapeutic tactics and prognosis. **The aim** was to study the frequency of occurrence and structure of affective-mixed episodes in patients diagnosed with bipolar disorder. **Patients and Methods:** a total of 165 patients who underwent inpatient treatment for the first time at the Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective States of Mental Health Research Centre in the period from 2013 to 2023 were examined using clinical, psychopathological and statistical methods. All patients included in the study had a clinically confirmed diagnosis of bipolar disorder. **Results:** based on the affective characteristics, four groups of affective phases were distinguished: manic with mixed features, purely manic, depressive with mixed manifestations, and depressive

without mixed features. The frequency rates of episodes with mixed features varied significantly from compared types of affective disorders. Patients with affective-mixed episodes were characterized by an early age of onset, a younger age at first hospitalization, frequent hospitalizations, and a high suicidal risk compared with patients without mixed features. **Conclusion:** the analysis made allow us to deepen our understanding of the BD course, clinical characteristics, and to formulate a therapeutic strategy for this patient population. The results obtained suggest the formation of a trajectory for future research in the field of bipolar disorder, including the development of an accurate definition of characteristics in patients with affective-mixed phases in bipolar disorder.

Keywords: bipolar disorder, mixed symptoms, depression, mania

For citation: Barkhatova A.N., Churkina A.M., Shteinberg A.S., Chaika Yu.A. Bipolar Disorder: Analysis of Frequency and Structure of Affective Phases “with Mixed Features” in the Focus of Prognosis. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(2):32–37. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-32-37>

ВВЕДЕНИЕ

Смешанные аффективные состояния в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР) привлекают большое внимание исследователей, так как являются наиболее сложными с позиции диагностики и лечения. Наличие смешанных эпизодов ассоциировано с тенденцией к хронификации болезни и худшему прогнозу. Пациенты со смешанными состояниями хуже отвечают на фармакотерапию, в том числе на препараты лития [1, 2]. Аффективно-смешанные состояния чаще возникают у пациентов, имеющих наследственную отягощенность БАР [3]. Для адекватной диагностики и оценки риска развития смешанных аффективных состояний требуется тщательный психопатологический анализ фазы и заболевания в целом, основанный в первую очередь на феноменологическом подходе к квалификации состояния. В отличие от МКБ-10 квалификация смешанного эпизода согласно критериям DSM-IV-TR возможна только для пациентов с БАР I типа, у которых одновременно присутствуют развернутые маниакальные и депрессивные симптомы в течение как минимум одной недели. Однако сложность диагностики в том, что смешанные эпизоды состоят не просто из одновременно или последовательно появляющихся полярных аффективных симптомов, а в том, что они представляют собой сложную конструкцию с лабильными, флюктуирующими симптомами [4, 5]. Отчасти из-за такой узости возможности применения диагностических критериев многие состояния, имеющие признаки смешанного аффекта, не квалифицируются как данная категория [6]. Определение смешанных состояний при биполярном расстройстве в DSM-5 и МКБ-11 использует многомерный подход, при котором смешанные черты во время эпизода рассматриваются как особый подтип расстройства настроения. Разработчики последних классификаций ввели понятия спецификаторов и модуляторов для уточнения клинической картины фазы. Новый спецификатор «со смешанными чертами», включенный в DSM-5, может применяться к эпизодам мании/гипомании, в которых присутствуют депрессивные характеристики, и к эпизодам депрессии в контексте большого депрессивного расстройства или биполярного расстройства, когда присутствуют симптомы мании/гипомании. Эти изменения отражают

более приемлемое, на наш взгляд, использование спецификатора «со смешанными чертами» к обеим полярностям аффекта при БАР [7, 8].

Цель: изучить частоту возникновения и структуру аффективно-смешанных эпизодов у пациентов с диагностированным биполярным аффективным расстройством (БАР).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 165 пациентов, впервые поступивших на стационарное лечение в отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ в период с 2013 по 2023 г. Медицинские карты участников, включенных в настоящее исследование, были проанализированы ретроспективно. Все пациенты имели подтвержденный диагноз БАР.

Критерии не включения предполагали наличие сопутствующей психической патологии, а именно: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00–09), психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10–19), шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства (F20–29), умственную отсталость (F70–79); а также сопутствующую актуальную соматическую или неврологическую патологию, затрудняющую исследование. Все аффективные эпизоды в зависимости от полярности аффекта и психопатологической структуры были разделены на четыре группы: маниакальные со смешанными чертами, маниакальные без смешанных черт, депрессивные со смешанными чертами и депрессивные без смешанных черт. Диагностика смешанного эпизода осуществлялась, если присутствовали, по крайней мере, три симптома противоположной полярности. Для сравнения клинических проявлений течения заболевания были рассмотрены такие параметры, как возраст начала, возраст манифестации и первой госпитализации, пол, семейный анамнез, количество аффективных эпизодов (общее количество фаз, количество эпизодов депрессии, количество маниакальных/гипоманиакальных эпизодов и количество смешанных эпизодов), число госпитализаций, суицидальная активность (в течение жизни пациента), цикличность и наличие психотических симптомов.

Этические аспекты

Все пациенты при поступлении в клинику подписывали информированное согласие на обследование. Исследование соответствовало принципам и положениям Хельсинкской декларации 1964 г. и ее пересмотренных вариантов 1975, 2013 и 2000 гг., и получило одобрение ЛЭК ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 913 от 04.08.2022).

Ethical aspects

All participants of study signed the informed consent at admission to be examined. The study complied with the principles and provisions of the Helsinki Declaration of 1975 and its revised version of 2020 and was approved by the Local Ethical committee of «Mental Health Research Centre» (protocol No. 913 dated 04.08.2022).

Статистический анализ

Для категориальных (качественных) переменных использовался критерий хи-квадрат или точный тест Фишера, а для непрерывных переменных — независимые *t*-тесты или *U*-тесты Манна–Уитни. Кроме того, для категориальных переменных использовался логистический регрессионный анализ, а для непрерывных переменных — ковариационный анализ (ANCOVA), при этом такая характеристика, как возраст на момент госпитализации, включалась в качестве ковариаты для корректировки. Показатель $p < 0,05$ считался статистически значимым.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе выборки группы распределились следующим образом: из 165 пациентов, включенных в исследование, у 133 (80,6%) были выявлены аффективные эпизоды без смешанных признаков, у остальных 32 (19,4%) наблюдались смешанные аффективные состояния.

В общей группе пациентов у 83 (50,3%) отмечены маниакальные фазы без смешанных признаков, у 50 (30,3%) — депрессивные фазы без смешанных признаков. В группе с наличием смешанных признаков у 26 (15,7%) наблюдали три или более депрессивных симптома во время маниакальных эпизодов (маниакальный со смешанными признаками), а у 6 (3,6%) регистрировали три или более маниакальных симптомов в картине депрессивных эпизодов со смешанными признаками.

Показатель частоты эпизодов на основе определения смешанных черт в зависимости от критериев, используемых в классификации психических расстройств (ICD-10 или DSM-5) представлен на рис. 1. Согласно критериям ICD-10/МКБ-10 59,5% аффективных эпизодов были маниакальными, 34,4% — депрессивными и 6,0% — смешанными. Однако при применении критериев DSM-5 и спецификатора «со смешанными чертами» выявление смешанных состояний у пациентов было существенно выше. В этом случае 49,8% аффективных фаз были маниакальными, 30,5% — депрессивными, 15,7% — маниакальными со смешанными чертами и 3,9% — депрессивными со смешанными чертами.

Таким образом, показатели частоты возникновения смешанных признаков значительно различались при использовании различных диагностических квалификаций (МКБ-10 и DSM-5) — соответственно, 19,6% против 6,0%; ($p < 0,001$).

Сравнение групп пациентов с маниакальными эпизодами без смешанных черт и с их наличием показало, что у пациентов со смешанными признаками возраст начала заболевания был значительно более ранним ($22,1 \pm 7,6$ против $32,5 \pm 12,7$; $p < 0,001$), так же как более молодой возраст первой госпитализации ($26,3 \pm 9,7$ против $42,6 \pm 12,3$; $p < 0,001$). В анамнезе было больше смешанных эпизодов ($0,2 \pm 0,6$ против $0 \pm 0,1$; $p < 0,001$) и последующих госпитализаций по поводу смешанных эпизодов ($0,2 \pm 0,5$ против $0 \pm 0,1$; $p < 0,001$). Кроме того, у пациентов с наличием маниакальных фаз со смешанными чертами наблюдалась тенденция к более высокому суицидальному риску по сравнению с пациентами без смешанных черт, но эта разница не была статистически значимой (11,5% против 3,0%, $p = 0,053$).

Сравнение групп пациентов с депрессивными эпизодами без признаков смешанности и со смешанными аффективными чертами показало, что при наличии смешанных признаков отмечался значительно более ранний возраст начала заболевания ($19,6 \pm 2,8$ против $37,1 \pm 14,6$ лет; $p < 0,001$) и более молодой при первой госпитализации ($20,5 \pm 2,9$ против $45,8 \pm 14,9$ лет; $p < 0,001$). При депрессиях со смешанными чертами в анамнезе было меньше госпитализаций ($1,1 \pm 0,3$ против $2,7 \pm 2,6$; $p < 0,001$) и меньше госпитализаций по поводу депрессивных эпизодов ($1,0 \pm 0$ против $2,0 \pm 2,0$;

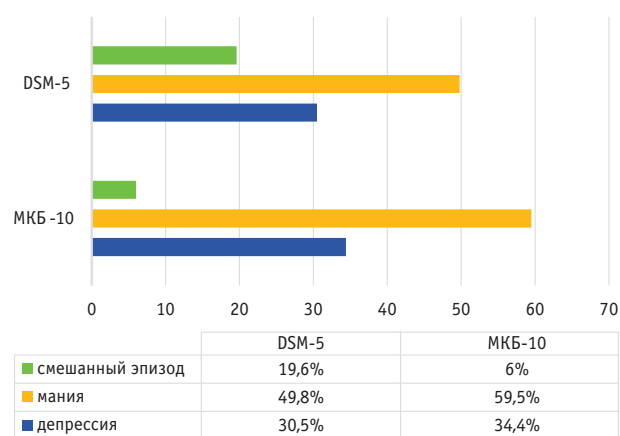


Рис. 1. Частота смешанных признаков во время любого аффективного эпизода при БАП с использованием критериев МКБ-10 по сравнению с критериями DSM-5
Примечания: смешанный эпизод — зеленым; мания — желтым; депрессия — синим; * $p < 0,05$. Различия статистически значимы.

Fig. 1 Frequency of mixed features during any affective episode in bipolar disorder using ICD-10 criteria compared with DSM-5 criteria

Notes: mixed affective — green; maniac — yellow; depressive — dark blue; * $p < 0,05$. Significant difference.

$p < 0,001$), чем у пациентов с депрессивными фазами без смешанных черт. Наличие депрессий со смешанными чертами совпадало с тенденцией к более частым госпитализациям в связи с маниакальными эпизодами по сравнению с пациентами с депрессией без смешанных черт, но эта разница не была статистически значимой ($0,1 \pm 0,3$ против $0,6 \pm 1,5$; $p = 0,084$). Среди обследуемых со смешанной депрессией отмечался более высокий суицидальный риск, чем у лиц без смешанных характеристик (9,5% против 2,0%).

Таким образом, сравнение групп, имеющих и не имеющих смешанные признаки, выявило несколько существенных различий в некоторых характеристиках, включая возраст начала, возраст на момент первой госпитализации, количество госпитализаций при смешанном эпизоде и суицидальный риск.

У пациентов с аффективными фазами, имеющими смешанные признаки, отмечался более молодой возраст начала заболевания ($21,6 \pm 7,0$ против $34,2 \pm 13,6$ лет; $p < 0,001$) и первой госпитализации ($25,2 \pm 9,1$ против $43,8 \pm 13,4$ лет; $p < 0,001$), большее число госпитализаций ($0,2 \pm 0,5$ против $0 \pm 0,2$; $p < 0,001$). У пациентов с аффективно-смешанными эпизодами суицидальный риск был выше, чем у пациентов без них (20,0% против 7,1%, $p = 0,076$).

ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пациентов со смешанными признаками, независимо от преобладания маниакальных или депрессивных черт, отмечены более ранний возраст начала, более молодой возраст первой госпитализации, более частые госпитализации и более высокий суицидальный риск по сравнению с пациентами без смешанных признаков в структуре аффективной фазы. Пациенты с маниакальным аффектом со смешанными признаками имели более ранний возраст начала и молодой возраст госпитализации, более частые смешанные эпизоды, частые госпитализации при смешанных эпизодах и более высокий суицидальный риск по сравнению с маниакальными пациентами без смешанных признаков. Пациенты с депрессией со смешанными признаками также имели более ранний возраст начала, более молодой возраст первой госпитализации, но менее частые фазы и меньшее количество госпитализаций при эпизоде любой структуры.

Из всех пациентов, включенных в настоящее исследование, почти у 20% в структуре аффективных расстройств были диагностированы смешанные черты — у 24% пациентов с маниакальными/гипоманиакальными расстройствами и у 11% обследованных с депрессивными фазами. Эти результаты согласуются с обзором проспективных исследований, в которых распространенность смешанных маниакальных состояний составляла 6,7–66,0% в зависимости от используемого определения [9].

Использование предложенных в МКБ-11 новых диагностических критериев для определения смешанного

эпизода неуклонно приведет к увеличению частоты диагностирования смешанных эпизодов среди пациентов с биполярным аффективным расстройством. Опубликованные данные, связанные с установлением нозологических границ и прогностической ролью смешанных признаков при БАР, в целом соотносятся с дименсиональным подходом и соответствуют по крайней мере одному-трем критериям противоположной полярности.

Таким образом, выявление пациентов со смешанными признаками подтверждает, что отграничение этих более тяжелых подтипов аффективных эпизодов от маниакальных или депрессивных состояний необходимо в клинических условиях. Причиной тому становится необходимость иного подхода к терапии и прогнозирование перспективы последующего течения заболевания. Известно, что пациенты с аффективно-смешанными эпизодами хуже реагируют на фармакологическое лечение, и для терапии часто требуется назначение комбинации препаратов.

Результаты настоящего исследования соответствуют результатам проведенных ранее, которые показали, что смешанные состояния, описанные еще Э. Крепелиным (1921 г.), имеют «большую базовую тяжесть» или аффективную нестабильность и независимо от того является ли смешанное состояние депрессивным или маниакальным, течение болезни и процесс лечения будут сходными. В настоящем исследовании все пациенты в группе с аффективно-смешанными чертами имели значительно более ранний возраст начала и более молодой возраст первой госпитализации по сравнению с пациентами в группе без смешанных признаков. Эти результаты аналогичны данным, полученным и опубликованным ранее [10–12], из которых следует, что у пациентов со смешанными эпизодами вероятность формирования очередной аффективной фазы была выше, чем у пациентов без смешанных признаков. Ранний возраст начала заболевания, а также неблагоприятные исходы, более устойчивый суицидальный риск у пациентов со смешанными эпизодами могут быть связаны с генетической предрасположенностью. В настоящем исследовании пациенты со смешанной манией и смешанной депрессией имели повышенный риск суицидального поведения. При сравнении количества смешанных эпизодов и обусловленных ими госпитализаций было установлено, что пациенты с наличием в клинической картине фазы смешанных черт имели более частые смешанные эпизоды. Устойчиво повторяющиеся в картине заболевания смешанные симптомы, стабильность частоты возникновения смешанных и несмешанных эпизодов позволяют сделать предположение, что наблюдаемые явления характеризуют отдельные подтипы БАР. Кроме того, хотя полученные результаты не обнаруживают различий в зависимости от доминирующей полярности смешанного состояния, они в определенной мере отличаются от результатов, полученных в группе депрессий со смешанными признаками.

При интерпретации результатов необходимо учитывать несколько ограничений настоящего исследования. Во-первых, ретроспективный анализ историй болезни мог привести к недостаточной диагностике смешанных состояний, учитывая их меньшую изученность по сравнению с депрессивными и маниакальными эпизодами. Во-вторых, аффективно-смешанные состояния, вызванные приемом психотропных препаратов, например при лечении антидепрессантами, не были включены в настоящее исследование. В-третьих, ограничение группы стационарными пациентами могло сузить представление о частоте смешанной мании ввиду субъективно менее тяжелого состояния и редкой обращаемости к пациентам с непсихотическим уровнем расстройств за медицинской помощью.

В совокупности результаты проведенного исследования показывают, что число пациентов, перенесших смешанные состояния в рамках БАР, достаточно велико. Проведенный анализ и сделанные заключения чрезвычайно важны для клинической практики, они позволяют углубить понимание течения заболевания, клинических характеристик, а также помочь разработать оптимальные терапевтические стратегии для данного контингента пациентов. Кроме того, полученные результаты предполагают формирование вектора будущих исследований в области БАР, включая формулировку точного определения характеристик пациентов с аффективно-смешанными фазами при биполярном расстройстве.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Castle DJ. Bipolar mixed states: still mixed up? *Curr Opin Psychiatry*. 2014 Jan;27(1):38–42. doi: 10.1097/YCO.0000000000000029 PMID: 24270474.
2. Perugi G, Akiskal HS. Emerging concepts of mixed states: a longitudinal perspective. In: Marneros A., Goodwin FK, eds. *Emerging Concepts of Mixed States: A Longitudinal Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:45–60.
3. Васильева СН, Симуткин ГГ, Счастный ЕД, Лебедева ЕВ, Бохан НА. Биполярное аффективное расстройство: коморбидность с другими психическими нарушениями. *Психиатрия*. 2021;19(3):15–21. doi: 10.30629/2618-6667-2021-19-3-15-21
Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED, Lebedeva EV, Bokhan NA. Bipolar Disorder: Comorbidity with Other Mental Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(3):15–21. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2021-19-3-15-21
4. Benazzi F. Reviewing the diagnostic validity and utility of mixed depression (depressive mixed states). *Eur Psychiatry*. 2008 Jan;23(1):40–8. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.07.003 Epub 2007 Aug 30. PMID: 17764909.
5. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche EG, Fraud JP, Gury C, Allilaire JF. Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes. *J Affect Disord*. 2006 Dec; 96(3):197–205. doi: 10.1016/j.jad.2006.05.015 Epub 2006 Jul 7. PMID: 16824616.
6. Faedda GL, Marangoni C, Reginaldi D. Depressive mixed states: A reappraisal of Koukopoulos' criteria. *J Affect Disord*. 2015;176:18–23. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.053 Epub 2015 Feb 4. PMID: 25687279.
7. Shim IH, Woo YS, Bahk WM. Prevalence rates and clinical implications of bipolar disorder "with mixed features" as defined by DSM-5. *J Affect Disord*. 2015;173:120–5. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.061 Epub 2014 Nov 10. PMID: 25462405.
8. Аведисова АС, Воробьев ПВ. Типология смешанных депрессивных состояний в клинике биполярного аффективного расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114(1):16–25. Avedisova AS, Vorob'ev RV. Typology of mixed depressive states in bipolar affective disorder. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014;114(1):16–25. (In Russ.).
9. Yatham LN, Chakrabarty T, Bond DJ, Schaffer A, Beaulieu S, Parikh SV, McIntyre RS, Milev RV, Alda M, Vazquez G, Ravindran AV, Frey BN, Sharma V, Goldstein BI, Rej S, O'Donovan C, Tourjman V, Kozicky JM, Kauer-Sant'Anna M, Malhi G, Suppes T, Vieta E, Kapczinski F, Kanba S, Lam RW, Kennedy SH, Calabrese J, Berk M, Post R. /Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) recommendations for the management of patients with bipolar disorder with mixed presentations. *Bipolar Disord*. 2021;23(8):767–788. doi: 10.1111/bdi.13135
10. Fico G, Anmella G, De Prisco M, Oliva V, Possidente C, Bracco L, Bort M, Fernandez-Plaza T, Giménez-Palomo A, Vieta E, Murru A. The Mixed Tendency in Bipolar Disorder: An Operational Proposal for the Integration of Mixed Episodes in Predominant Polarity. *J Clin Med*. 2023;12(23):7398. doi: 10.3390/jcm12237398 PMID: 38068451; PMCID: PMC10707440.
11. Vieta E, Valentí M. Mixed states in DSM-5: implications for clinical care, education, and research. *J Affect Disord*. 2013;148(1):28–36. doi: 10.1016/j.jad.2013.03.007 Epub 2013 Apr 2. PMID: 23561484.
12. Swann AC, Lafer B, Perugi G, Frye MA, Bauer M, Bahk WM, Scott J, Ha K, Suppes T. Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2013 Jan; 170(1):31–42. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12030301 PMID: 23223893.

Сведения об авторах

Александра Николаевна Бархатова, доктор медицинских наук, руководитель Института психиатрии детей и подростков, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
abarkhatova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3805-332X>
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
anna_churkina@outlook.com; <https://orcid.org/0000-0002-7453-3155>
Алиса Сергеевна Штейнберг, младший научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
guryanalisa@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-7273-3046>
Юлия Александровна Чайка, доктор медицинских наук, директор, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
berseneva76@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7182-2472>

Information about the authors

Alexandra N. Barkhatova, Dr. Sci. (Med.), Head of Institute, Institute of Child and Adolescent Psychiatry, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
abarkhatova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3805-332X>
Anna M. Churkina, Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher, Department of Endogenous Diseases and Affective States, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
anna_churkina@outlook.com; <https://orcid.org/0000-0002-7453-3155>
Alisa S. Shteinberg, Junior Researcher, Department of Endogenous Diseases and Affective States, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
guryanalisa@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-7273-3046>
Yuliya A. Chaika, Dr. Sci. (Med.), Director, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
berseneva76@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7182-2472>

Вклад авторов

Бархатова А.Н. — концептуализация, методология, создание черновика рукописи, проведение исследования
Чуркина А.М. — проведение исследования, создание рукописи и ее редактирование, визуализация, формальный анализ
Штейнберг А.С. — проведение исследования, формальный анализ
Чайка Ю.А. — руководство исследованием, администрирование данных

Authors' contribution

Alexandra N. Barkhatova — conception, methodology, analysis and writing the original draft, conducting research
Anna M. Churkina — conducting research, writing — review and editing, visualization, formal analysis
Alisa S. Shteinberg — conducting research, formal analysis
Yuliya A. Chajka — project administration, data administration

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.

Дата поступления 20.11.2024 Received 20.11.2024	Дата рецензирования 11.12.2024 Revised 11.12.2024	Дата принятия к публикации 11.02.2025 Accepted for publication 11.02.2025
--	--	--