

КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ ЭНДОГЕННЫХ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С КАРТИНОЙ МАНИАКАЛЬНО-ПАРАФРЕННЫХ И МАНИАКАЛЬНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ С БРЕДОМ ВЕЛИЧИЯ

И.В. Олейчик, С.В. Сизов, А.С. Морева, И.Ю. Никифорова, П.А. Баранов

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва

Вопросы течения и исходов эндогенных приступообразных психозов, протекающих с картиной маниакально-парафренических (МПС) и маниакально-бредовых (МБС) состояний с бредом величия, до сих пор остаются недостаточно изученными. Одним из подходов к разрешению этой проблемы является поиск надежных предикторов характера течения заболевания.

Как известно, одним из основных противоречий в области исследования острых приступообразных психозов является неразрешенность дискуссии, развернувшейся в психиатрии еще со времен Е.Краепелина (1918) и Е.Блейлера (1921), касающейся выбора приоритета прогностической значимости аффективной либо бредовой составляющей этих расстройств. Помимо изучения влияния характера течения на исход приступообразного психоза и установления степени сходства и различий маниакально-парафренического и маниакально-бредового психоза с аффективным психозом с одной стороны, и с приступообразной шизофренией – с другой (по частоте, длительности и качеству ремиссий), прогностически значимым, по мнению ряда исследователей [1, 3, 5, 8, 12, 14], является наличие или отсутствие так называемых инконгруэнтных аффекту бредовых расстройств. Тем не менее, структура бредовой симптоматики, наблюдающейся в рамках МПС и МБС и в последующей динамике эндогенных приступообразных заболеваний, при которых развиваются данные психозы, как показал анализ доступной нам литературы, практически не исследовалась прицельно.

По мнению ряда авторов, проблема маниакально-парафренических состояний является «узловой точкой» дифференциальной диагностики эндогенных психозов [7, 8, 12]. Анализ особенностей целостной психопатологической картины МПС и МБС, а также характеристик маниакального аффекта и механизмов бредообразования в подобных приступах/фазах

имеет важное значение для суждения о клинических и прогностических характеристиках как исследуемого синдрома, так и заболевания в целом [4, 6, 8, 9, 12, 13]. Данные нерешенные вопросы диктуют необходимость проведения тщательного исследования клиники и психопатологии маниакально-парафренических и маниакально-бредовых состояний с бредом величия, развивающихся в рамках приступообразного течения эндогенных психозов с детальным анализом всех составляющих сложного синдрома [10, 11].

Цель исследования: провести нозологическую оценку заболеваний, протекающих с маниакально-парафреническими синдромами различной типологической структуры и маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия. Проанализировать, в сравнительном аспекте, клинические особенности эндогенных психических заболеваний, в структуре которых развиваются МПС и МБС (особенности преморбидных личностных черт, клинические характеристики доманифестного этапа, качество и длительность ремиссий, а также показатели социально-трудовой адаптации больных).

Исследование было проведено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (зав. отделом – акад. РАН А.С. Тиганов), директор – д.м.н. Т.П.Клюшник) ФГБНУ НЦПЗ. Все больные были обследованы во время нахождения на лечении в женском отделении клиники ФГБНУ НЦПЗ в период с 2016 по 2019 год.

Всего было обследовано 109 человек в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст – $33,6 \pm 5,9$ лет) с эндогенными приступообразными психозами, в структуре которых наблюдались маниакально-парафренические и маниакально-бредовые состояния с бредом величия, из них 31 человек катamnестической группы (28,4%) и 78 человек клинической группы (71,6%). Все больные – женщины с продолжительностью заболевания от 1 года до 35 лет (средняя продол-

жительность заболевания составила $10,8 \pm 8,2$ года (ME 9,0). Длительность катamnестического наблюдения после манифестации заболевания составляла от 1 года до 35 лет (в среднем составляла $8,7 \pm 6,6$ года). У больных, включенных в исследование, были диагностированы следующие нозологические формы: биполярное аффективное расстройство (11 чел., 10,1%), приступообразная шизофрения (48 чел., 44,2%) и шизоаффективное расстройство (50 чел., 45,7%); по МКБ-10 диагнозы определялись рубриками F31.2, F20.01–3, F25.0. У 75 больных наблюдались маниакально-парафренические, у остальных 34 – маниакально-бредовые состояния с бредом величия. У 31 больного исследуемый приступ был манифестным (21 чел. с МПС, 10 чел. с МБС), у 78 больных являлся повторным (50 чел. с МПС, 28 чел. с МБС). Средний возраст на момент манифестации заболевания составил $23,2 \pm 3,8$ лет. Давность болезни составила от 2 месяцев до 32 лет. Число перенесенных приступов варьировало от 1 до 13.

В основу клинического разделения особенностей течения эндогенных приступообразных психозов в настоящем исследовании был положен принцип типологической дифференциации комплекса бредовых и аффективных расстройств, наблюдающихся в структуре МПС и МБС на основании анализа механизмов бредообразования и их взаимосвязи с особенностями маниакального аффекта. Такой подход оказался наиболее оправданным с прогностической точки зрения, так как наиболее адекватно отражал особенности дальнейшей динамики и исхода болезни.

При анализе течения каждой из нозологических форм нами учитывались особенности преморбидного склада и доманифестного этапа заболевания. Качественная оценка преморбидных характеристик строилась с учетом тяжести личностных расстройств и оценивалась в рамках акцентуации, психопатии или постпроцессуального склада личности (т.н. «псевдопсихопатий»). Постпроцессуальные состояния отличались рядом особенностей, они являлись как бы переходным вариантом между типами психопатий и вариантами шизофренических изменений личности. В них отсутствовали явные признаки прогрессивности. В этих случаях можно было говорить лишь о незначительной динамике личностных свойств, а, зачастую, о практически врожденной аномалии характера, которая проявлялась прежде всего отчетливой эмоциональной и волевой дефицитарностью.

В настоящем исследовании были изучены особенности течения, клинические параметры и прогноз биполярного аффективного расстройства, шизоаффективного психоза и шизофрении с приступообразно-прогрессирующим типом течения, в рамках которых развивались маниакально-парафренические и маниакально-бредовые состояния с бредом величия.

При изучении каждой нозологической формы анализировались такие параметры как общая частота фаз/приступов, средняя длительность фаз/приступов,

средняя продолжительность ремиссий/интермиссий. Также учитывались и качественные характеристики ремиссий, а также глубина личностных изменений.

Критериями включения являлись: 1) наличие острого маниакально-парафренического состояния или маниакально-бредового психоза с бредом величия; 2) возраст больных от 18 до 55 лет включительно; 3) длительность наблюдения не менее 10 лет (для катamnестической группы). Критериями невключения являлись: 1) наличие у обследуемых признаков органического заболевания ЦНС, хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации; 2) сведения о наличии зависимости от психоактивных веществ.

Все обследованные больные подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией 1975 года и ее пересмотренного варианта 2000 года и этическими стандартами Локального этического комитета ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 329 от 09.01.2017).

Методы исследования

В исследовании были использованы клинико-психопатологический, клинико-катamnестический и психометрический методы. В рамках последнего больные оценивались по шкале оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS), шкале оценки мании Янга (YMRS), шкале глобального функционирования (GAF). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0 для Windows OS.

Результаты исследования

В результате клинико-психопатологического исследования, были выделены две типологические разновидности МПС и группа больных МБС.

I тип МПС с преобладанием острого чувственного бреда восприятия (35 чел.) характеризовался преобладанием в структуре маниакального аффекта благодушно-приподнятого фона настроения с идеаторным возбуждением и возникновением на его высоте «скачки идей». В дальнейшей динамике синдрома маниакальный аффект видоизменялся, становился лабильным с растерянностью, недомумением, экзальтацией. Бредовая составляющая синдрома характеризовалась сменой аффективного бредообразования на неаффективное с развитием в начале сверхценных идей преувеличенной самооценки, которые в дальнейшем трансформировались в бредовые идеи величия с доминированием острого чувственного бреда восприятия и синдрома Кандинского-Клерамбо, преимущественно в его инвертированном варианте. На высоте психоза идеи величия приобретали мегаломанический (фантастический) характер, доходя до идей мессианства, происходило изменение самоидентификации с нарушением восприятия образа психического «Я».

II тип МПС с преобладанием малосистематизированного интерпретативного бреда (40 чел.), при котором маниакальный аффект отличался чертами атипичности: гневливостью, психопатоподобным поведением, преобладанием двигательного возбуждения над идеаторным, расторможенностью влечений, злоупотреблением алкоголем. Собственно приподнятого фона настроения с весельем и эйфорией, как правило, не отмечалось. Бредовой компонент синдрома характеризовался исключительно неаффективными механизмами бредаобразования и включал в себя малосистематизированные интерпретативные идеи преследования и воздействия, сочетавшиеся с психическими автоматизмами и эпизодами чувственного бреда восприятия. На высоте психоза симптоматика синдрома Кандинского-Клерамбо достигала степени «полного овладения». В этот период содержание бредовых идей приобретало характер бреда величия с мегаломанической фабулой и нарушением самоидентификации психического «Я». Важно отметить, что, в отличие от I варианта маниакально-парафренических состояний, идеи величия возникали лишь на высоте приступа, им предшествовали персекуторные идеи, а не идеи завышенной самооценки и самовозвеличивания, которых вообще не наблюдалось на начальных этапах психоза.

Группа больных МБС (34 чел.) включала маниакально-бредовые состояния с бредом величия, которые не удовлетворяли критериям МПС и не сопровождалась явлениями измененного самосознания психического «Я». Маниакальный аффект у данной группы пациентов характеризовался относительной гармоничностью триады. Идеаторная ускоренность никогда не достигала крайней степени, не доходила до уровня «скачки идей». Развитие бреда завышенной самооценки происходило в тесной связи с аффективной (маниакальной) симптоматикой. Отмечались преимущественно аффективные механизмы бредаобразования с преобладанием наглядно-образного бреда воображения. Лишь на высоте приступа формировались транзиторные картины острого чувственного бреда восприятия. Идеи величия характеризовались относительно конкретной, «приземленной» бытовой фабулой, не достигая мегаломанического масштаба и ограничивались самовозвеличиванием своих способностей, деятельности, не сопровождались изменением образа психического «Я». Острый чувственный бред восприятия отличался неразвернутостью, динамичностью, отсутствием четкой бредовой концепции и отражал фабулу самовозвеличивания больных. В большинстве случаев содержание бреда сохраняло конгруэнтный аффекту характер.

В процессе настоящего исследования статистический анализ распределения больных с маниакально-парафреническими и маниакально-бредовыми состояниями по их нозологической принадлежности показал ($\chi^2=29,240$, $df=4$, $\chi^2/df=7,31$, $P(\chi^2>29,240)<0,0001$),

что I тип МПС наиболее часто встречался при шизоаффективном психозе (48,6%); II тип МПС чаще наблюдался в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении (63,8%); МБС с бредом величия наблюдались при всех трех заболеваниях, но преимущественно в рамках шизоаффективного психоза (32,5%). В то же время следует отметить, что у больных с биполярным аффективным расстройством наблюдались исключительно маниакально-бредовые состояния, а маниакально-парафренические состояния при данной нозологии не встречались.

Клиника и особенности шизоаффективного психоза, протекающего с маниакально-парафреническими и маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия

В данной группе больных обследованы 50 женщин (45,8%) от общего числа больных в возрасте от 20 до 46 лет (средний возраст $29,4\pm 6,1$ лет) с продолжительностью заболевания от 1 месяца до 26 лет, в среднем продолжительность болезни составляла $10,4\pm 5,2$ года.

Особенностью преморбидной личностной структуры являлось преобладание сензитивно-шизоидных черт, реже наблюдались истероидные и гипертимные личности.

В 64,3% случаев (32 чел.) тип преморбиды определялся как сензитивный шизоид. Для этих больных были характерны: избирательность в контактах, ранимость, приверженность к соблюдению общественных норм. В подростковом периоде отмечалось заострение описанных особенностей личности, появлялась склонность к утрированному самоанализу, рефлексии и фантазированию.

В 21,9% наблюдений (11 чел.) встречались личности истероидного типа. Таким больным была свойственна капризность, упрямство, стремление быть в центре внимания, нетерпимость к критике, упрямство, что служило почвой для возникновения конфликтов с окружающими. В остальных случаях (13,8% наблюдений; 7 чел.) выявлялось преобладание гипертимных черт личности с присущей им активностью и легкостью в коммуникации, обилием неформальных социальных контактов, поверхностным восприятием жизни, оптимизмом, непродуманностью поступков, авантюризмом. Анализируя степень тяжести и особенности доманифестной личностной структуры следует отметить, что в 70,2% случаев отмечалась акцентуация характера с заострением отдельных черт личности, не приводящая к дезадаптации больных. Еще в 29,8% случаев преморбидные особенности могли быть отнесены к психопатии (расстройству личности), так как приводили к нарушению социальной адаптации различной степени выраженности.

Всем вышеописанным больным на доманифестном этапе были свойственны проявления реактивной лабильности (кратковременные депрессивные или

маниакальные реакции в ответ на психогенные провокации) в виде развития ситуационно-обусловленных биполярных 2–3х-дневных колебаний настроения. В подростковом возрасте нарастала выраженность аффективной лабильности с углублением аффективных нарушений, которые вначале имели черты реактивных, а затем и аутохтонных эндогенных с последующим развитием отчетливых биполярных фазных расстройств. Условно-значимая психогения находила свое отражение лишь на начальных этапах развития аффективных состояний. Во всех наблюдениях наблюдалось отчетливое преобладание маниакального полюса аффекта.

За 2–4 года до манифестации заболевания происходило нарастание глубины и выраженности биполярных аффективных расстройств. Увеличивалась длительность и тяжесть как маниакальных, так и депрессивных расстройств в равной степени. Экзогенные провокации часто уже не находили свое отражение в переживаниях больных и содержании развившейся фазы. В 56,7% случаев возникали зарницы психотических состояний с развитием транзиторных приступов острой деперсонализации с отдельными идеаторными автоматизмами, которые, как правило, редуцировались за несколько дней самостоятельно, без применения психофармакотерапии.

Манифестация заболевания происходила остро, чаще аутохтонно (56,9% наблюдений), реже (43,1%) после воздействия экзогений (психотравмирующая ситуация либо соматогения). Среди маниакально-парафренных состояний при манифестации шизоаффективного психоза преимущественно наблюдались МПС I типа с преобладанием острого чувственного бреда восприятия – 24 больных (48,2%). МПС II типа с преобладанием малосистематизированного интерпретативного бреда были представлены в 9 наблюдениях (18,1%), у остальных 17 больных (33,7%) развивались МБС с бредом величия. На момент обследования у 19 больных (37,9%) развившееся маниакально-парафренное состояние являлось

Таблица 1

Распределение приступов МПС и МБС по их последовательности при ШАП

	МПС I тип	МПС II тип	МБС
	Абс (%)	Абс (%)	Абс (%)
Манифестный (первый приступ)	7 (22,5 %)	4 (30,7 %)	8 (26,6 %)
Второй приступ	11 (35,4 %)	5 (38,4 %)	4 (13,4 %)
Третий приступ	5 (16,3 %)	1 (7,8 %)	10 (33,4 %)
Четвертый приступ	8 (25,8 %)	3 (23,1 %)	8 (26,6 %)
Всего приступов	31 (100 %)	13 (100 %)	30 (100 %)

манифестным, у 31 больного (62,1%) – повторным. Всего наблюдалось 44 приступа маниакально-парафренной структуры. Из них МПС I типа – 31 приступ, МПС II типа – 13 приступов. В маниакально-парафренных состояниях I типа 7 приступов (22,5%) были манифестными, 11 приступов (35,4%) – вторыми, 5 приступов (16,3%) – третьими и 8 приступов (25,8%) – четвертыми. Из маниакально-парафренных состояний II типа 4 приступа (30,7%) были манифестными, 5 приступов (38,4%) – вторыми, 1 приступ – (7,8%) – третьим и 3 приступа (23,1%) – четвертыми. Из МБС с бредом величия 8 приступов (26,6%) были манифестными, 4 приступа (13,4%) – вторыми, 10 приступов (33,4%) – третьими, остальные 8 приступов (26,6%) – четвертыми. Подробное распределение приступов по их последовательности при шизоаффективном психозе отражено в табл. 1. Помимо маниакально-бредовых и маниакально-парафренных состояний, у 6 больных (16,2%) в структуре развившегося манифестного приступа наблюдалось депрессивно-бредовые расстройства. Продолжительность манифестного приступа в рамках шизоаффективного психоза составляла от 3 месяцев до 1 года.

По миновании манифестного состояния дальнейшее течение заболевания происходило прогрессивно в 13 случаях (41,9%) с упрощением картины психоза и переходом заболевания на аффективный уровень в виде простых, чистых маний либо биполярных аффективных фаз. В 16 наблюдениях (51,6%) наблюдалось течение по типу «клише» с сохранением прежней картины бредового и аффективного синдрома в приступах. В двух наблюдениях (6,5%) обнаруживался «прогредиентный» тип течения шизоаффективного психоза с постепенным усложнением и утяжелением клинической картины приступов. Ремиссии при шизоаффективном психозе были продолжительными и имели высокое качество, вплоть до интермиссии. Средняя продолжительность приступа/фазы составляла $7,1 \pm 3,8$ месяцев. Средняя продолжительность ремиссий/интермиссий $30,2 \pm 8,3$ месяца. В 68,3% случаев в ремиссиях наблюдались неглубокие биполярные аффективные колебания, чаще по типу сдвоенных фаз, которые отличала отчетливая сезонность и преобладание продуктивных гипоманий. В 18,8% наблюдений заболевание приобрело континуальный характер течения, который определялся отсутствием ремиссий в течении аффективных расстройств более 3-х лет. Повторные психотические состояния развивались остро, в 59,9% наблюдений под влиянием экзогенных факторов, в остальных 40,1% – аутохтонно. Связь бредовых расстройств с психогенной провокацией утрачивалась. При развитии повторных МПС они сохраняли прежнюю типологическую характеристику синдрома. В личностной структуре больных, по мере течения болезни, у 16 пациенток (51,3%) изменения отсутствовали. Это позволяло предполагать стабилизацию процесса и отсутствие прогредиентности

в течении заболевания, что, в известной степени, сближало динамику шизоаффективного психоза с аффективным. У остальных 15 больных (48,7%) в личностной структуре происходили некоторые изменения: отмечалось нарастание черт эгоцентризма, ригидности, рационализма. У больных появлялся известный прагматизм в отношении с друзьями и близкими с концепцией «щажения», нежеланием подвергать себя эмоциональному напряжению. Несмотря на сохраняющийся круг социальных связей, больные становились все более избирательными в общении, фиксированными на состоянии своего психического здоровья. Все эти изменения нередко приводили к конфликтам на работе, что являлось почвой для их увольнений.

Согласно данным патопсихологического исследования описанная группа больных занимает промежуточное положение по показателям негативных расстройств между приступообразно-прогредиентной шизофренией и биполярным аффективным расстройством [11].

При катamnестическом обследовании больных с шизоаффективным психозом было установлено, что утрата трудоспособности с установлением инвалидности II группы имела место в 4,8% наблюдений, инвалидности III группы – в 12,7%; у 36,4% пациентов наблюдалось трудоустройство со снижением профессионального уровня. Из 50 больных не работало 19 человек (37,8%), однако они сохраняли бытовую трудоспособность, выполняя домашнюю работу и полностью обслуживая себя. Квалифицированными видами труда было занято лишь 15 больных (30,2%). Анализ уровня образования при данном виде эндогенных приступообразных психозов показал, что 23 пациента (46,6%) имели высшее образование и лишь 6 больных (12,3%) не смогли закончить обучение в ВУЗе. Семейное положение не имело явных различий: процент разведенных пациенток достигал 15,9%, больные, состоявшие в браке, составляли 29,1%. По результатам оценки уровня функционирования по шкале GAF, у больных данной группы среднее значение во время манифестации заболевания составляло $33,4 \pm 6,8$ баллов, а в период ремиссии – $78,1 \pm 3,6$ баллов. Таким образом, в период ремиссий пациентки сохраняли достаточно высокий уровень социальной и трудовой адаптации и качества жизни.

Клиника и особенности приступообразно-прогредиентной шизофрении, протекающей с маниакально-парафреническими и маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия

В данной группе больных обследовано 48 женщин (44,1%) от общего числа больных в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст $26,5 \pm 4,5$ года) с продолжительностью заболевания от 1 месяца до 30 лет, в среднем продолжительность болезни составляла $10,4 \pm 2,8$ лет.

В преморбидных особенностях пациенток этой когорты мы наблюдали полное отсутствие лиц с гипертимными чертами. Преморбидно личность больных данной группы преимущественно относилась к кругу шизоидов. В 62,5% случаев (30 чел.) преобладал экспансивный радикал с характерной высокой работоспособностью, выраженной практичностью, осторожностью, прагматичной расчетливостью и рационализмом. Круг общения у них отличался крайней ограниченностью, близких друзей вообще не было из-за сниженной эмпатии и отсутствия такта и пластичности в общении с окружающими. В остальных 37,5% случаев (18 чел.) пациентки соответствовали преморбидным особенностям шизоидно-сензитивного типа с характерной для них повышенной чувствительностью, впечатлительностью, ранимостью в сочетании с бедностью эмоций, отгороженностью и склонностью к аутизации. Анализируя степень тяжести и особенности доманифестной личностной структуры следует отметить, что в 44,4% наблюдений уровень личностных особенностей достигал степени психопатии. В 30,5% – доманифестные особенности преморбиды соответствовали постпроцессуальным изменениям с сочетанием шизоидных черт и характерных для личностных изменений при шизофрении эмоциональной дефицитарности, чужаковатости, особенностей мышления. В 25,1% наблюдений отмечалась лишь акцентуация личности.

Доманифестный период заболевания характеризовался в этой группе больных значительным полиморфизмом симптоматики. Так, в одних случаях наблюдалась аутохтонная лабильность настроения, проявлявшаяся в виде атипичных биполярных аффективных колебаний (21 чел. – 43,7%). В других случаях, напротив, доманифестный период протекал с преобладанием неврозоподобной и психопатоподобной симптоматики, а также сверхценных расстройств, что, в известной мере, было похоже на малопрогрессирующее течение эндогенного процесса (27 чел. – 56,3 %).

С детских лет у 16 больных (33,3%) наблюдались неврозоподобные нарушения, обычно в виде фобий (страх темных помещений, одиночества, смерти близких, колдунов, «чудовищ», «домовых»). Реже отмечалась обсессивная симптоматика в виде навязчивых мыслей, сомнений и представлений (4 чел. – 8,3%). В остальных 36,7% случаях развитие форпост-симптоматики сопровождалось отдельными неразвернутыми транзиторными проявлениями психических автоматизмов, галлюцинаций, параноидной симптоматики, а также деперсонализации. Больные высказывали опасения о возможном проникновении посторонних в квартиру/дом/комнату, они ощущали присутствие посторонних (Anwesenheit – феномен воплощенного присутствия по К. Jaspers, 1923), видели отдельные силуэты и образы, считали, что за ними могут наблюдать «бесплотные духи».

Данные явления были преходящими и обратимыми и, как правило, возникали в периоде засыпания, не сопровождаясь обращениями к врачу и грубыми нарушениями поведения.

В пубертатном и юношеском возрасте в ответ на воздействие психогений (смена привычного уклада жизни, адаптация в новом коллективе, конфликты в семье, неразделенная любовь, развод родителей) либо соматогений развивались атипичные биполярные аффективные расстройства, имеющие неотчетливые границы, затяжной характер с тенденцией к переходу в континуальное течение. Данные состояния отличались неразвернутостью, а также вариабельностью длительности течения от нескольких месяцев до, реже, лет. С течением времени доля реактивной составляющей в развитии данных состояний утрачивалось с переходом в полностью аутохтонное течение болезни. На высоте подобных атипичных циклотимоподобных аффективных фаз могла наблюдаться неразвернутая транзиторная психотическая симптоматика, а также психопатоподобные расстройства, часто с расторможенностью влечений. В гипоманиакальных состояниях преобладала не столько выраженность собственно тимического компонента, сколько повышение двигательной активности, психопатоподобное поведение с раздражительностью, конфликтностью, оппозиционностью, протестностью, промискуитетом, склонностью к аддикциям. Субдепрессии имели апато-адинамическую структуру с блеклостью аффекта, выраженной сонливостью, повышенной утомляемостью, слабостью, трудностями концентрации внимания и отчетливыми когнитивными нарушениями, в их структуре нередко развивались обсессивно-фобические и сверхценные дисморфофобические расстройства. За 2–3 года до манифестации заболевания отмечалось усложнение клинической картины за счет возникновения нестойких бредовых идей отношения, преследования, любовного и эротического содержания, ревности. В 10,2% наблюдений выявлялись рудиментарные транзиторные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо, в виде психических автоматизмов, бреда воздействия, порчи и сглаза. В 34,5% у больных наблюдались сверхценные увлечения метафизической направленности – йога, парапсихология, эзотерика.

Манифестация заболевания развивалась остро, чаще аутохтонно (73,2%), реже (26,8%) – после воздействия разного рода экзогенных вредностей. Среди маниакально-парафренных состояний при манифестации приступообразно-прогредиентной шизофрении преимущественно наблюдались МПС II типа с преобладанием малосистематизированного интерпретативного бреда – 27 больных (56,4%). МПС I типа с преобладанием острого чувственного бреда восприятия были представлены в 13 наблюдениях (27,1%), у остальных 8 больных (16,5%) развивались МБС с бредом величия. На момент обследования

у 14 больных (29,1%) развившееся маниакально-парафренное состояние являлось манифестным, у 34 больных (70,9%) – повторным. Всего наблюдалось 52 приступа маниакально-парафренной структуры. Из них маниакально-парафренных состояний I типа – 14 приступов, маниакально-парафренных состояний II типа – 38 приступов. В маниакально-парафренных состояниях I типа 5 приступов (35,7%) были манифестными, 3 приступа (21,4%) – вторыми, 5 приступов (35,7%) – третьими и 1 приступ (7,2%) – четвертым. Из маниакально-парафренных состояний II типа 9 приступов (23,6%) были манифестными, 14 приступов (36,8%) – вторыми, 10 приступов (26,4%) – третьими и 5 приступов (13,2%) – четвертыми. Из маниакально-бредовых состояний с бредом величия 3 приступа (25,1%) были манифестными, 2 приступа (16,5%) – вторыми, 4 приступа (33,3%) – третьими, остальные 3 приступа (25,1%) – четвертыми по счету. Подробное распределение приступов по их последовательности при приступообразно-прогредиентной шизофрении отражено в табл. 2. Помимо маниакально-бредовых и маниакально-парафренных состояний, у 8 больных (22,3%) в структуре развившегося манифестного приступа наблюдались депрессивно-бредовые расстройства, в 7 наблюдениях (19,4%) – галлюцинаторно-параноидное, а у 4 больных (11,1%) – кататонно-галлюцинаторное. Манифестное онейроидно-кататоническое состояние наблюдалось лишь у 1 больного (2,7%). Средняя продолжительность манифестного приступа в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении составляла от 5 до 16 месяцев.

Таблица 2

Распределение приступов МПС и МБС по их последовательности при приступообразно-прогредиентной шизофрении

	МПС I тип	МПС II тип	МБС
	Абс (%)	Абс (%)	Абс (%)
Манифестный (первый приступ)	5 (35,7 %)	9 (23,6 %)	3 (25,1 %)
Второй приступ	3 (21,4 %)	14 (36,8 %)	2 (16,5 %)
Третий приступ	5 (35,7 %)	10 (26,4 %)	4 (33,3 %)
Четвертый приступ	1 (7,2 %)	5 (13,2 %)	3 (25,1 %)
Всего приступов	14 (100 %)	38 (100 %)	12 (100 %)

По миновании манифестного приступа заболевание лишь в трех случаях (8,8%) протекало регрессивно, с упрощением клинической картины психоза и переходом на аффективный уровень в виде биполярных фазных расстройств с неразвернутыми транзиторными психотическими включениями. В 10 наблюдениях (29,4%) болезнь протекала по типу «клише» с сохранением одной и той же психопатологической картины в приступах. В 21 случае

(61,8%) обнаруживался «прогредиентный» тип течения с нарастанием позитивной симптоматики и/или личностных изменений. Чередование приступов было нерегулярным, в среднем наблюдалось 0,63 приступа в год, интервал между ними разнился от 6 месяцев до 3 лет. В межприступных периодах, как правило, сохранялся резидуальный бред в виде рудиментарных проявлений психических автоматизмов и вербального псевдогаллюциноза. Средняя продолжительность приступов составляла 8,6 месяца. Средняя продолжительность ремиссий 15,8 месяца. У 17,1% больных сохранялось «бредовое мировоззрение», которое проявлялось в виде особой системы взглядов и убеждений религиозного или мистического содержания, основанных на бредовой фабуле приступа. В личности больных происходили выраженные изменения, представленные снижением продуктивности, нарастанием эмоционального оскуднения, аутистических личностных черт, появлением эмоциональной парадоксальности и чужаковости, сужением круга интересов и социальных связей, вплоть до полного отсутствия потребности в межличностном взаимодействии. Выявлялись специфические процессуальные нарушения мышления (шперрунг, разноплановость). Деятельность больных постепенно приобретала монотонный характер с выраженной стереотипностью жизненного уклада. Родные отмечали у пациенток такие особенности, как эмоциональная неадекватность и несдержанность.

По данным экспериментально-психологического исследования наибольшая выраженность негативной симптоматики обнаружена у пациентов с данным типом течения эндогенных приступообразных психозов [11].

На момент катamnестического наблюдения было установлено, что в данной группе больных было наиболее выраженным снижение профессионального уровня при трудоустройстве (76,8%), также наблюдалась утрата трудоспособности, с оформлением в 25,2% наблюдений 2 группы инвалидности и в 12,7% – инвалидности 3 группы. Из 48 больных не работало 28 человек (58,3%), однако они сохраняли, хотя и сниженную, бытовую трудоспособность, частично выполняя домашнюю работу и не полностью обслуживая себя. Квалифицированными видами труда было занято лишь 9 больных (18,7%). Анализ уровня образования при данном виде эндогенных приступообразных психозов обнаружил наиболее низкие результаты – 65,8% обследованных не смогли окончить ВУЗ, лишь 21,2% больных имели высшее образование. В данной группе количество разведенных пациенток достигало 20,1%; больные, состоявшие в браке, составляли 14,8%.

По результатам оценки уровня функционирования по шкале GAF у больных данной группы среднее значение во время манифестации заболевания составляло $26,9 \pm 9,4$ баллов, а в период ремиссии – $70,3 \pm 10,4$ баллов. Таким образом, у больных присту-

пообразно-прогредиентной шизофренией заболевание протекало значительно тяжелее ($p=0,0037$) и отличалось более выраженной социально-трудовой дезадаптацией в период ремиссии по сравнению с больными шизоаффективным психозом.

Клиника и особенности биполярного аффективного расстройства, протекающего с маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия

В данной группе больных обследовано 11 женщин (10,1%) от общего числа больных от 18 до 42 лет (средний возраст $35,2 \pm 9,6$ лет) с длительностью течения заболевания от 1 года до 13 лет и количеством приступов от 1 до 5. Особенности преморбидной структуры личности больных являлось преобладание гипертимных, эмоционально-лабильных и истероидных личностных типов.

В 45,4% наблюдений (5 чел.) личностный склад соответствовал гипертимному типу с гипербобщительностью, чрезмерной самостоятельностью, смелостью, склонностью к озорству и проказам. В 45,4% наблюдений (5 чел.) выявлялся эмоционально-лабильный тип личности с чередованием общительности, повышенной активности, неоправданного оптимизма с периодами вялости, слабости, снижением жизненного тонуса, ранимости, неуверенности в себе в течение одних суток. Обращала на себя внимание синтонность больных, часто сочетающаяся с психастеническими чертами и сензитивностью, а также чувствительностью и впечатлительностью. У остальных 9,2% мы наблюдали истероидный тип личности с жадой признания, потребностью в получении внимания, повышенной эмоциональной возбудимостью, демонстративностью, театральностью. Анализируя степень тяжести и особенности доманифестной личностной структуры, следует отметить, что в 81,8% (9 чел.) отмечалась акцентуация характера с заострением отдельных черт личности, не приводившая к дезадаптации больных в социуме. Еще в 18,2% (2 чел.) преморбидные особенности личности относились к психопатии с явлениями антисоциального и делинквентного поведения, нарушением социальной и трудовой адаптации.

В доманифестном периоде имели место стертые циклотимоподобные аффективные колебания, которые отчетливо коррелировали с характером аффективных расстройств в манифестной и последующих фазах. Колебания настроения возникали преимущественно (в 76,9%) после личностно значимых психогений: финансовый крах, смерть родственника, распад семьи, увольнение с работы. С подросткового возраста происходило усложнение, а также усиление интенсивности данных расстройств с развитием уже отчетливых биполярных аффективных фаз.

За 2–4 года до манифестации заболевания отмечалось нарастание выраженности фазных аффективных нарушений. На первый план постепенно

выходили типичные маниакальные расстройства с гармоничной триадой. Для депрессивных состояний были характерны проявления сверхценной дисморфофобии, ипохондрии, а, в ряде случаев, формирование сверхценного отношения к своему здоровью с увлечением оздоровительными мероприятиями – йогой, восточной медициной, особыми диетами («ипохондрия здоровья»). Постепенно экзогенные провокации утрачивали свою роль, появлялась отчетливая аутохтонность развития фаз, часто с их сезонным характером.

Манифестация заболевания развивалась обычно аутохтонно (81,2%), значительно реже (18,8%) – после психогений. В 6 наблюдениях (54,5%) МБС, протекавшие с бредом величия, являлись манифестными, у остальных 5 больных (45,5%) подобные состояния развивались в рамках повторных фаз. В 2 наблюдениях (18,1%) среди повторных фаз, развившееся МБС с бредом величия, было третьим по счету, еще в 3-х (27,2%) – четвертым. Помимо маниакально-бредовых состояний, у 1 больного (9,1%) манифестным являлось депрессивно-бредовое состояние, еще 1 больной (9,1%) перенес в анамнезе смешанное аффективное состояние. Длительность МБС с бредом величия варьировала от 1 недели до 5 месяцев. Средняя продолжительность манифестной фазы в рамках биполярного аффективного расстройства составляла от 3 до 6 месяцев.

По миновании маниакально-бредового состояния с бредом величия дальнейшее течение заболевания в трех наблюдениях (60,0%) протекало по типу «клише» с сохранением прежней клинической картины в каждой последующей фазе, в остальных двух (40,0%) – регрессиентно с переходом болезни на чисто аффективный уровень расстройств. Идеи величия были полностью обратимы и редуцировались вместе с маниакальной симптоматикой после перенесенной фазы. Тимический компонент сохранял свою выраженность и яркость в повторных маниакальных состояниях. Интермиссии при аффективном психозе были стойкими, продолжительными и имели периодический характер. Средняя продолжительность фаз составляла 6,7 месяца, средняя продолжительность интермиссий – 25,4 месяца. Обнаруживалась отчетливая сезонность аффективных расстройств с преимущественным развитием маний в весенне-летний период, а депрессий – в осенне-зимний. Выявленная сезонность сохранялась лишь на протяжении 5–7 лет болезни, а затем постепенно сглаживалась. На отдаленных этапах катамнеза с течением времени депрессивная симптоматика в структуре фаз сокращалась по длительности, а продолжительность маниакальных расстройств, напротив, увеличивалась. При переходе из одной фазы в другую могли развиваться кратковременные периоды, представленные смешанными аффективными состояниями с длительностью от 2 недель до 2 месяцев. На год болезни в среднем приходилось 0,67 фазы.

В личности больных, по мере течения болезни, в 20,0% мы не наблюдали каких-либо изменений, что отражало полное отсутствие прогрессивности в динамике заболевания. В 40,0% случаев мы фиксировали незначительное заострение преморбидных черт, при этом сохранялся достаточно высокий уровень социальной адаптации, профессиональная карьера больных была успешной, но нестабильной, с частой сменой мест работы.

По данным экспериментально-психологического исследования у больных данной группы выявлено отсутствие каких-либо нарушений по большинству показателей патопсихологического синдрома [11].

При катамнестическом обследовании больных с биполярным аффективным расстройством было установлено, что трудоустройство со снижением профессионального уровня происходило лишь в 18,2%, утраты трудоспособности, оформления группы инвалидности не происходило ни в одном из наблюдений. Из 11 больных не работало 5 человек (18,2%), однако пациентки полностью справлялись с ведением домашнего хозяйства и самообслуживанием, имели широкий круг общения. Квалифицированными видами труда было занято 9 больных (81,8%). При анализе уровня образования, при данном виде эндогенных приступообразных психозов, все 11 пациентов (100%) имели высшее образование. Процент больных, состоявших в браке, составлял 63,6%, остальные 36,4% в браке не состояли. Разводов в этой группе зафиксировано не было.

По результатам оценки уровня функционирования по шкале GAF у больных данной группы среднее значение во время манифестации заболевания составляло $49,1 \pm 7,7$ баллов, а в период ремиссии – $89,5 \pm 2,3$ баллов. Таким образом, у больных биполярным аффективным расстройством болезнь протекала значительно ($p=0,004$) легче, по сравнению с группами шизоаффективного психоза и приступообразно-прогрессиентной шизофрении, с сохранением наиболее высокого уровня социально-трудовой адаптации и качества жизни в интермиссиях.

Заключение

Таким образом, при изучении особенностей течения эндогенных приступообразных психозов, протекающих с маниакально-парафреническими и маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия в приступах, были обнаружены корреляции изучаемых нозологических форм с выделенными нами типологическими разновидностями маниакально-парафренических и маниакально-бредовых состояний с бредом величия.

Установлено, что клиническая типология маниакально-парафренических состояний является прогностически значимой и несет информацию о дальнейшей динамике заболевания.

Тип МПС (с преобладанием острого чувственного бреда восприятия) характеризуется полиморфизмом,

динамичностью клинической картины приступа и относительно малой продолжительностью. При развитии подобного психоза выявлен относительно благоприятный прогноз течения болезни с умеренной выраженностью личностных изменений в ремиссиях, что позволяет, в большинстве случаев, диагностировать у больных данной группы шизоаффективное расстройство.

II тип МПС (с преобладанием малосистематизированного интерпретативного бреда) характеризуется относительной стабильностью психопатологических проявлений на протяжении психоза, склонностью к затяжному течению приступов, формированием резидуального бреда или развитием непрерывных бредовых расстройств. Характерен неблагоприятный

прогноз и значительная выраженность личностных изменений в ремиссиях, что позволяет диагностировать у большинства больных данной группы приступообразно-прогредиентный эндогенный процесс.

При исследовании больных с маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия, не отвечавших критериям парафренного синдрома, было выявлено преобладание наглядно-образного бреда воображения и установлен преимущественно благоприятный прогноз течения заболевания с практическим отсутствием или незначительной выраженностью личностных изменений, что позволило диагностировать в большей части случаев шизоаффективное, а у ряда пациентов – биполярное аффективное расстройство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бологов П.В. Типологическая характеристика манифестных состояний шизоидоминантной формы шизоаффективного психоза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1998. № 6. С. 14–18.
2. Зозуля С.А., Сизов С.В., Олейчик И.В., Ключник Т.П. Клинико-психопатологические и иммунологические особенности маниакально-бредовых (в том числе маниакально-парафренных) состояний, протекающих с бредом величия // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. № 4. С. 5–13.
3. Корнев А.Н. Клиническая дифференциация манифестных шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1994. Т. 94. С. 45–49.
4. Омельченко М.А. Юношеский эндогенный психоз с маниакально-бредовой структурой первого приступа // Психиатрия. 2010. № 5. С. 5–16.
5. Пантелеева Г.П., Бологов П.В. Клинико-нозологический подход к диагностике шизоаффективного психоза // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2002. № 9. С. 27–31.
6. Пашковский В.Э. Клинические особенности бреда мессиянства при психических расстройствах шизофренического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2006. № 4. С. 15–20.
7. Соколова Б.В. К клинике и психопатологии острых парафренных состояний // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1968. № 5. С. 754–758.
8. Субботская Н.В. Психопатология острого парафренного синдрома и его типологические варианты // Психиатрия. 2005. № 5. С. 26–31.
9. Соколов А.В. Психопатологические особенности бреда преувеличенной самооценки в картине эндогенных маниакально-бредовых состояний // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. № 2. С. 18–24.
10. Сизов С.В. Клинико-психопатологическая дифференциация эндогенных маниакально-парафренных состояний // Психиатрия. 2019. № 3. С. 30–37.
11. Сизов С.В., Мелешко Т.К., Олейчик И.В. Особенности негативных личностных изменений у больных с различной структурой маниакально-парафренных состояний // Психиатрия. 2019. № 4. С. 30–38.
12. Casanova M. The Pathology of Paraphrenia // Curr. Psychiatry Rep. 2010. Vol. 12. P.196–201.
13. Jacobowski N. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting // J. Psychiatr. Pract. 2013. Vol. 19. P. 15–28.
14. Winokur G., Scharfetter C., Angst J. A Family Study of psychotic symptomatology in schizophrenia, schizoaffective disorder, unipolar depression and bipolar disorder // Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci. 1985. N 5. P. 95–99.

КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ ЭНДОГЕННЫХ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С КАРТИНОЙ МАНИАКАЛЬНО-ПАРАФРЕННЫХ И МАНИАКАЛЬНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ С БРЕДОМ ВЕЛИЧИЯ

И.В. Олейчик, С.В. Сизов, А.С. Морева, И.Ю. Никифорова, П.А. Баранов

Цель: изучить (в сравнительном аспекте) клинические особенности и провести нозологическую оценку заболеваний, протекающих с маниакально-парафренными синдромами различной типологической структуры и маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия.

Всего было обследовано 109 больных женского пола в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст—33,6±5,9 лет), из них 75 были включены в группу маниакально-парафренных (МПС), остальные 34 – в группу маниакально-бредовых состояний с бредом величия (МБС). 31 больная вошла в катamnестическую группу (28,4%) и 78 пациенток составили клиническую группу (71,6%). Длительность катamnестического наблюдения после манифестации заболевания составляла от 1 года до 35 лет (в среднем составляла 8,7 лет±6,6 года). У больных были диагностированы следующие нозологические формы: биполярное аффективное расстройство (F31.2 – 11 пациенток), приступообразная шизофрения (F20.01-3 – 48 пациенток) и шизоаффективное расстройство (F25.0 – 50 пациенток).

Методы. В исследовании были использованы клинико-психопатологический, клинико-катamnестический и психометрический методы. В рамках последнего больные оценивались по шкалам PANSS, YMRS, GAF. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0 для Windows OS.

Результаты. В результате проведенного исследования была установлена взаимосвязь выделенных типологических вариантов МПС и МБС с разновидностями течения эндогенных приступообразных психозов. Так, I тип маниакально-парафренных состояний с преобладанием острого чувственного бреда восприятия наблюдался преимущественно при шизоаффективном психозе (48,6%); II тип маниакально-парафренных состояний с доминированием малосистематизированного интерпретативного бреда чаще отмечался в течении приступообразно-прогредиентной шизофрении (63,8%); маниакально-бредовые состояния с бредом величия, не отвечавшие критериям парафренного синдрома, характеризовались преобладанием наглядно-образного бреда воображения и имели место при всех трех заболеваниях, но преимущественно в рамках шизоаффективного психоза (32,5%). В то же время следует отметить, что у больных с биполярным аффективным расстройством наблюдались исключительно маниакально-бредовые состояния с бредом величия, а маниакально-парафренные состояния при данной нозологии не встречались.

Выводы. Особенности течения и прогноз эндогенных приступообразных психозов, протекающих с маниакально-парафренными и маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия, в значительной степени определяются типологическим вариантом синдрома. Установлена различная нозологическая предпочтительность МПС и МБС, которые могут развиваться как при приступообразно-прогредиентной шизофрении, так и при шизоаффективном психозе и биполярном расстройстве и, соответственно, имеют разный прогноз.

Ключевые слова: преморбид, доманифестный этап, ремиссия, интермиссия, маниакально-парафренные состояния, маниакально-бредовые состояния, бред величия, типология, приступообразная шизофрения, шизоаффективный психоз, биполярное аффективное расстройство.

CLINICAL PICTURE AND COURSE OF ENDOGENOUS ATTACK-LIKE DISEASES WITH MANIC-PARAPHRENIC AND MANIC-DELUSIONAL STATES WITH DELUSIONS OF GRANDEUR

I.V. Oleichik, S.V. Sizov, A.S. Moreva, I.Y. Nikiforova, P.A. Baranov

Objective: To study, in a comparative aspect, the clinical features and conduct a nosological assessment of diseases occurring with manic-paraphrenic syndromes of various typological structures and manic-delusional states with delusions of grandeur.

A total of 109 female patients aged 18 to 55 years (mean age – 33.6±5.9 years) were examined by clinical-catamnestic and clinical-psychopathological methods, 75 of them were included in the group of manic-paraphrenic states (MPS), the remaining 34 - in the group of manic-delusional states with delusions of grandeur (MBS). 31 patients were included in the catamnestic group (28.4%) and 78 patients were in the clinical group (71.6%), the duration of catamnestic follow-up after the manifestation of the disease was from 1 year to 35 years (on average, 8.7±6.6 years). Patients were diagnosed with the following nosological forms: bipolar affective disorder (F31.2 – 11 patients), paroxysmal schizophrenia (F20.01-3 – 48 patients) and schizoaffective disorder (F25.0 – 50 patients).

Methods: The study used clinical-psychopathological, clinical-catamnestic and psychometric methods. In the latter case, patients were evaluated on the PANSS, YMRS, and GAF scales. Statistical processing of the obtained data was performed using the program STATISTICA 10.0 for Windows OS.

Results: As a result of the study, the relationship of the selected typological variants of MPS and MBS with the varieties of the course of endogenous paroxysmal psychoses was established. Thus, 1 type of

manic-paraphrenic states with a predominance of acute sensory delusions of perception was observed mainly in schizoaffective psychosis (48.6%); 2 type of manic-paraphrenic states with a predominance of poorly systematized interpretive delusions was more often observed during paroxysmal-progressive schizophrenia (63.8%); manic-delusional states with delusions of grandeur that did not meet the criteria of paraphrenic syndrome were characterized by the predominance of visual-imaginative delusions of imagination and were observed in all three diseases, but mainly in the framework of schizoaffective psychosis (32.5%). At the same time, it should be noted that in patients with bipolar affective disorder, only manic-delusional states with delusions of grandeur were observed, and manic-paraphrenic states were not found in this nosology.

Conclusions: Features of the course and prognosis of endogenous attack-like psychoses that occur with manic-paraphrenic and manic-delusional states with delusions of grandeur are largely determined by the typological variant of the syndrome. Different nosological preferences of MPS and MBS have been established, which can develop both in shift-like schizophrenia, and in schizoaffective psychosis and bipolar disorder and, accordingly, have a different prognosis.

Key words: premorbid, domanifest stage, remission, intermission, manic-paraphrenic states, manic-delusional states, delusion of grandeur, typology, shift-like schizophrenia, schizoaffective psychosis, bipolar affective disorder.

Олейчик Игорь Валентинович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва; e-mail: i.oleichik@mail.ru

Сизов Степан Владимирович – научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва; e-mail: sizov.stepan@list.ru

Морева Александра Сергеевна – младший научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва; e-mail: jasonlee@yandex.ru

Никифорова Ирина Юрьевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва; e-mail: inikiforova.art@gmail.com

Баранов Петр Александрович – кандидат медицинских наук, научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва; e-mail: pab1960@mail.ru