Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2024, т. 124, №7, с. 75–81
https://doi.org/10.17116/jnevro202412407175

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2024, vol. 124, no. 7, pp. 75–81
https://doi.org/10.17116/jnevro202412407175

Затяжные и хронические эндогенные маниакальные и маниакально-бредовые состояния (психопатология, типология, динамика, клиника)

© Е.Б. РУМЯНЦЕВА, И.В. ОЛЕЙЧИК, С.В. СИЗОВ, П.А. БАРАНОВ, О.Ю. НИКИФОРОВА

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Клинико-психопатологический анализ, нозологическая дифференциация затяжных и хронических эндогенных маниакальных и маниакально-бредовых состояний (ЗЭМБС) в рамках приступообразного течения эндогенных психозов, определение закономерностей их развития, критериев диагностики и прогноза.

Материал и методы. В выборку исследования были включены 76 больных (средний возраст 37,2±8,3 года) женского пола, находившихся на стационарном лечении по поводу эндогенных психических заболеваний с приступообразным течением, протекавших с клинической картиной ЗЭМБС. Обследованные больные были разделены на две группы: клиническую (n=43) и катамнестическую (n=33). Использовались следующие методы: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический.

Результаты. Разработана клинико-динамическая типология ЗЭМБС, в соответствии с которой было выделено 2 типа: «мономорфные» и «полиморфные» ЗЭМБС. «Мономорфные» ЗЭМБС включали 2 подтипа — «острый» и «хронифицированный» и характеризовались одной и той же неизменной на всем протяжении клинической картиной, а «полиморфные», включающие также 2 подтипа — «развивающийся» и «подтип двойной мании», отличались изменчивостью клинической картины. «Острый» и «развивающийся» подтипы ЗЭМБС преимущественно развивались при шизоаффективном психозе и биполярном аффективном расстройстве (p<0,05); «хронифицированный» же подтип и подтип «двойной мании» чаще наблюдались в рамках шизоаффективного варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении (p<0,05).

Заключение. Проведенное исследование показало, что клинико-динамическая структура ЗЭМБС является неоднородной и различается по психопатологической структуре, а также по уровню стабильности симптоматики и характеристикам ее течения. Разработанная клиническая типология ЗЭМБС является прогностически значимой и несет информацию о дальнейшей динамике заболевания.

Ключевые слова: *типология, затяжные и хронические эндогенные маниакальные и маниакально-бредовые состояния, шизофрения, шизоаффективный психоз.*

Информация об авторах:
Румянцева Е.Б. — https://orcid.org/0009-0000-8401-5864
Олейчик И.В. — https://orcid.org/0000-0002-8344-0620
Сизов С.В. — https://orcid.org/0000-0002-8213-5122
Баранов П.А. — https://orcid.org/0000-0002-4423-4007
Никифорова О.Ю. — https://orcid.org/0000-0002-3486-7126
Автор, ответственный за переписку: Олейчик И.В. — e-mail: i.oleichik@mail.ru

Как цитировать:
Румянцева Е.Б., Олейчик И.В., Сизов С.В., Баранов П.А., Никифорова О.Ю. Затяжные и хронические эндогенные маниакальные и маниакально-бредовые состояния (психопатология, типология, динамика, клиника). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(7):75–81. https://doi.org/10.17116/jnevro202412407175

Prolonged and chronic endogenous manic and manic-delusional states (psychopathology, typology, dynamics, clinic)

© E.B. RUMYANTSEVA, I.V. OLEICHIK, S.V. SIZOV, P.A. BARANOV, O.Y. NIKIFOROVA

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Abstract

Objective. A clinical and psychopathological analysis, nosological differentiation of prolonged and chronic manic and manic-delusional states (PMDS) within the framework of the paroxysmal course of endogenous psychoses, determination of the patterns of their development, diagnostic criteria and prognosis.

Material and methods. The study included 76 female patients (average age 37.2±8.3 years) who were hospitalized for endogenous mental illnesses with a paroxysmal course that occurred with the clinical picture of PMDS. The patients were divided into two groups: clinical (n=43) and follow-up (n=33). Clinical-psychopathological, clinical-follow-up, psychometric, statistical methods were used.

Results. A clinical and dynamic typology of PMDS has been developed, according to which 2 groups have been identified: «monomorphic» PMDS and «polymorphic» PMDS. «Monomorphic» PMDS included 2 subtypes — «acute» and «chronified» and were characterized by the same clinical picture that remained unchanged throughout, while «polymorphic», which also included 2 subtypes — «developing» and «double mania subtype», were characterized by the variability of clinical picture. «Acute» and «developing» subtypes of PMDS predominantly developed in schizoaffective psychosis and bipolar disorder; the «chronified» subtype and the «double mania» subtype were more often observed within the framework of the schizoaffective variant of paroxysmal-progressive schizophrenia.
Conclusion. The clinical and dynamic structure of PMDS is heterogeneous and differs in psychopathological structure, as well as in the level of stability of symptoms and characteristics of its course. The developed clinical typology of PMDS is prognostically significant and provides information about the further dynamics of the disease.

Keywords: *typology, prolonged and chronic endogenous manic and manic delusional states, schizophrenia, schizoaffective psychosis.*

Information about the authors:
Rumyantseva E.B. — https://orcid.org/0009-0000-8401-5864
Oleichik I.V. — https://orcid.org/0000-0002-8344-0620
Sizov S.V. — https://orcid.org/0000-0002-8213-5122
Baranov P.A. — https://orcid.org/0000-0002-4423-4007
Nikiforova O.Y. — https://orcid.org/0000-0002-3486-7126
Corresponding author: Oleichik I.V. — e-mail: i.oleichik@mail.ru

To cite this article:
Rumyantseva EB, Oleichik IV, Sizov SV, Baranov PA, Nikiforova OY. Prolonged and chronic endogenous manic and manic-delusional states (psychopathology, typology, dynamics, clinic). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(7):75–81. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro202412407175

Исследование клинико-психопатологических характеристик затяжных и хронических эндогенных маниакальных и маниакально-бредовых состояний (ЗЭМБС) входит в число важных проблем современной психиатрической науки. Актуальность изучения маний, имеющих длительное течение, обусловлена в первую очередь их значительной распространенностью среди маниакальных состояний в целом, а также необходимостью решения ряда вопросов: нозологической квалификации, определения клинических и нейробиологических прогностических маркеров, а также разработки дифференцированных фармакологических и психотерапевтических подходов и социально-реабилитационных мероприятий в отношении данных состояний. Хронические и затяжные мании описывались исследователями уже с XIX века [1—10]. Подобные нарушения нередко сопровождаются выраженной социальной и трудовой дезадаптацией страдающих ими пациентов [6, 11]. Распространенность данных расстройств, согласно результатам исследований последних десятилетий, составляет 6—15% среди всех больных с эндогенными маниями [6, 7, 12].

В работах рубежа XIX—XX веков отмечались существенные отличия психопатологической структуры затяжных/хронических маний от подобных состояний обычной длительности: отчетливая утрата этических норм поведения, отсутствие адекватной критической оценки ситуации, снижение уровня суждений. На основании данных фактов утверждалось, что хроническая мания по сути является своеобразной формой деменции [4, 13—15]. Большинство современных зарубежных исследований, посвященных длительно текущим маниакальным состояниям, к сожалению, ориентировано лишь на формальные временные критерии (затяжные маниакальные состояния должны длиться не менее 1 года, в то время как хронические — от 2 лет и более), а также ограничивается анализом количественных параметров психометрических шкал [6, 11, 12]. Исследования, в которых делаются попытки определить специфические клинические особенности ЗЭМБС, являются крайне немногочисленными. Установлено, что при хронической мании с большей частотой, по сравнению с острой, наблюдаются бредовые идеи величия и соответствующие им по содержанию галлюцинации, при этом отмечается значительно меньшая выраженность соматических расстройств и психомоторного возбуждения, а также сексуальной расторможенности [16, 17]. Кроме того, до сих пор остается недостаточно ясной нозологическая принадлежность ЗЭМБС. До середины XX века длительно протекающие мании неизменно рассматривались в рамках динамики эндогенного процесса [18—20]; в современной же психиатрической литературе ЗЭМБС описываются исключительно при биполярном аффективном расстройстве (БАР) [8, 21, 22].

В последнее время работы, посвященные затяжным и хроническим маниакальным состояниям, были крайне редки и ограничивались лишь демонстрацией клинических наблюдений и их обсуждением [7, 8, 21]. При этом высказывались крайне противоречивые мнения в отношении точного определения данных состояний. Следует отметить, что авторы данных работ основывались только на количественных показателях психометрических шкал, а полноценный клинико-психопатологический анализ клинической картины ЗЭМБС и поиск ее отличий от проявлений маниакальных состояний обычной длительности по сути не проводились [12, 22].

На основании сказанного выше можно сделать вывод, что клинические и психопатологические особенности ЗЭМБС являются недостаточно изученными, также остается не вполне ясной их нозологическая квалификация (как в рамках традиционной отечественной систематики, так и по критериям международных диагностических классификаций), при этом практически не определены параметры прогноза этих состояний; большинство исследований, к сожалению, проводится без достаточного катамнестического наблюдения и тщательной оценки личностной динамики на фоне течения заболевания.

Цель исследования — проведение клинико-психопатологического анализа, а также нозологической дифференциации ЗЭМБС в рамках приступообразного течения эндогенных психозов, определение закономерностей их развития, формулировка критериев диагностики и прогноза заболевания.

Материал и методы

Настоящее исследование было проведено в группе больных с приступообразными психозами отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ в период с 2020 по 2023 г.

Критерии включения: наличие у больных ЗЭМБС с длительностью от 1 года и более, протекающего в рамках приступообразного течения эндогенных психозов (показатели тяжести маниакального состояния по шкале мании Янга (Young Mania Rating Scale — YMRS) не менее 22 баллов на момент госпитализации (клиническая группа) и не менее 13 баллов на момент амбулаторного обследования (катамнестическая группа))[1]; возраст больных на момент обследования от 18 до 45 лет; длительность катамнестического наблюдения не менее 10 лет (для больных катамнестической группы), что необходимо для оценки прогноза и характера течения заболевания.

Критерии невключения: наличие тяжелой процессуальной негативной симптоматики; наличие сопутствующей психической патологии: органические, включая симптоматические, психические расстройства, умственная отсталость (F70—79); синдром зависимости от психоактивных веществ, в том числе алкоголя (F10—19); наличие сопутствующей соматической или неврологической патологии: острых или хронических соматических и инфекционных заболеваний в стадии обострения, нейроинфекций, эпилепсии, тяжелых черепно-мозговых травм в анамнезе, а также других поражений ЦНС в связи с высокой вероятностью патопластического влияния экзогений на клиническую картину; гипертимная структура личности, достигающая уровня психопатии в доманифестном периоде (для исключения влияния конституционального фактора при диагностике ЗЭМБС).

В выборку были включены 76 больных (средний возраст 37,2±8,3 года) женского пола, находившихся на стационарном лечении по поводу эндогенных психических заболеваний с приступообразным течением, протекавших с клинической картиной ЗЭМБС. Обследованные больные были разделены на две группы: клиническую и катамнестическую.

Клиническую группу составили 43 больных, которые были впервые госпитализированы в клинику ФГБНУ НЦПЗ в период 2020—2023 гг. в возрасте от 18 до 45 лет включительно по поводу развившегося ЗЭБМС. Все больные клинической группы обследовались непосредственно в момент наличия у них ЗЭМБС. Остальные 33 больных, ранее находившихся на стационарном лечении в клинике в период с 1985 по 2010 г. в связи с фазой/приступом в форме ЗЭМБС были включены в катамнестическую группу (средняя длительность катамнестического наблюдения 14±3,6 года).

Настоящее исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации по вопросам медицинской этики с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен локальным Этическим комитетом НЦПЗ, протокол №689 от 02.10.20. Пациентки подписали информированное согласие на участие в исследовании.

В соответствии с целями и задачами диссертационного исследования использовались следующие методы: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический (шкалы YMRS, PANSS).

Статистический метод — для оценки значимости различий использовался критерий согласия Пирсона (χ^2). Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты

Анализ клинического материала показал, что статического психопатологического подхода для оценки ЗЭМБС явно недостаточно из-за их значительной длительности, поэтому необходимо учитывать также динамику подобных состояний на всем их протяжении. На основании подобного подхода нами была разработана клинико-динамическая типология ЗЭМБС, в соответствии с которой были выделены 2 типа: «мономорфные» и «полиморфные». «Мономорфные» ЗЭМБС характеризовались одной и той же стабильной на всем протяжении клинической картиной, а «полиморфные» — отличались ее изменчивостью. По представленности выделенных типов ЗЭМБС катамнестическая группа больных была сопоставима с клинической группой, что позволило рассматривать пациенток клинической и катамнестической групп совместно.

«Мономорфные» ЗЭМБС (36 (47,4%) больных) отличались практически неизменной клинической картиной на всем своем протяжении. Клиническая картина состояния у пациенток данного типа была неоднородной, что позволило выделить два подтипа: «острый» и «хронифицированный».

«Острый» подтип наблюдался у 19 (25,0% от всей когорты) больных. Клиническая картина у таких пациенток характеризовалась выраженностью собственно аффективной (маниакальной) составляющей и яркостью проявлений. Больные с данным подтипом ЗЭМБС были практически идентичны по особенностям симптоматики классическим случаям острой мании без затяжного/хронического течения. Преимущественно подобные состояния квалифицировались как простые или веселые мании — 12 (63,1%) больных, реже встречались спутанные — 2 (10,5%), гневливые — 4 (21,1%) и психопатоподобные — 1 (5,3%). Имела место относительная гармоничность маниакальной триады с равной представленностью всех ее компонентов. Соматические признаки мании отмечались у подавляющего большинства больных и были представлены расстройствами сна и аппетита, усилением либидо, похудением, гиперсаливацией. У 6 (31,6%) пациенток исследованные состояния являлись чисто маниакальными, у 13 (68,4%) — маниакально-бредовыми, при этом у 8 (42,1%) — отмечалась конгруэнтная аффекту фабула бреда, а у 5 (26,3%) — неконгруэнтная. По механизму бредообразования преобладали чувственные формы: бред восприятия наблюдался у 8 (42,1%) больных, бред воображения — у 5 (26,3%), тенденции же к формированию бредовых интерпретаций не от-

[1]В соответствии с интерпретацией показателей YMRS 22 балла являются минимальным показателем для констатации «маниакального состояния», а 13 баллов — для «гипоманиакального».

мечалось. У 11 (57,8%) больных с маниакально-бредовыми состояниями отмечались отдельные симптомы I ранга по К. Шнайдеру (психические автоматизмы — у 6 (31,6%), псевдогаллюцинации — у 5 (26,3%)). У 2 (10,5%) пациенток состояние можно было квалифицировать как маниакально-парафренное, у 3 (15,8%) — выявлялась кататоническая симптоматика. У 10 (52,6%) пациенток имела место коморбидная непсихотическая симптоматика: деперсонализация (у 24,7%), диссоциативные (у 19,9%) и конверсионные (у 25,3%) истероформные расстройства, психопатоподобные нарушения истерического круга (у 27,8%), в единичных случаях наблюдалась обсессивно-компульсивная симптоматика. Следует подчеркнуть, что во всех наблюдениях острые мономорфные маниакально-бредовые ЭЭМБС сразу же формировались как таковые, постепенного развития состояния с последующим присоединением бредовых расстройств или, наоборот, упрощения синдромальной структуры состояния при этом подтипе не наблюдалось.

По шкале YMRS выраженность маниакальной симптоматики при данном подтипе ЭЭМБС на момент поступления в стационар в среднем составляла 34,8±4,2 балла, что соответствовало критериям «маниакального состояния» в 33,2% случаев и «выраженного маниакального состояния» в 66,8%. В случае наличия в структуре маниакально-бредового состояния симптомов I ранга по К. Шнайдеру больные оценивались также по шкале PANSS, средние показатели которой составили 78±7,3 балла.

Средняя длительность ЭЭМБС в данном подтипе составила 12,5±3,9 мес, являясь наименее продолжительным состоянием среди всех изученных подтипов ЭЭМБС. Необходимо отметить, что во всех случаях катамнестического исследования мы наблюдали завершение данного состояния путем выхода в ремиссию/интермиссию либо инверсии фазы.

«Хронифицированный» подтип ЭЭМБС характеризовался атипичной структурой, а также однообразием и малой аффективной насыщенностью симптоматики. Данный подтип наблюдался у 17 (22,4% от всей когорты) больных. Клиническая картина в этом подтипе пациенток характеризовалась атипией триады с незначительной выраженностью двигательного возбуждения на фоне отчетливой идеаторной ускоренности и монотонно-приподнятого настроения с оттенком эйфории и самодовольства с частым возникновением эпизодов гневливости, сопровождающихся психопатоподобным поведением и в ряде случаев дурашливостью. Обычно данные состояния вначале развивались как традиционные острые мании, но спустя 1—3 мес приобретали описанную выше клиническую картину. При «хронифицированных» ЭЭМБС преобладали психопатоподобный (7 (41,2%) больных) и гневливый (5 (29,4%)) типы мании, реже наблюдались дурашливый (3 (17,7%)) и веселый (2 (11,8%)). У большинства (67,4%) пациенток отмечались выраженное усиление влечений и нарушение аппетита при незначительной представленности иных соматических проявлений мании, таких как похудание, расстройства сна, гиперсаливация. В целом сочетание пустой эйфории, неопрятности, суетливости, сексуальной расторможенности, непоследовательности мышления, гневливости и нелепых высказываний создавало характерный «портрет» пациенток данного подтипа, напоминающий проявления отчетливого личностного регресса и частично деменции. Практически у всех больных выявлялась бредовая симптоматика (при этом у 4 (23,5%) — отмечалась конгруэнтная аффекту фабула бреда, а у 13 (71,5%) — неконгруэнтная, сочетавшаяся с конгруэнтной фабулой). По механизму бредообразования преобладал бред воображения — 10 (58,8%) больных и малосистематизированный интерпретативный бред — 7 (41,8%), бред восприятия практически не выявлялся. Следует отметить, что бредовые расстройства незначительно влияли на поведение пациенток, не отражаясь в спонтанных высказываниях, и выявлялись лишь при целенаправленном расспросе. Преобладали идеи величия, особых способностей и предназначения, нередко сочетавшиеся с персекуторными («недоброжелатели и враги не дают реализовать замыслы»). У 12 (70,6%) больных при этом отмечались отдельные симптомы I ранга по К. Шнайдеру (психические автоматизмы — у 4 (23,5%), псевдогаллюцинации — у 8 (66,7%)). У 64,7% пациенток имела место коморбидная непсихотическая симптоматика: деперсонализационная (35,1%), истеро-конверсионная (15,8%), нередко обсессивно-компульсивная (19,8%) и соматоформная (14,7%); последние нарушения парадоксальным образом сочетались с приподнятым настроением, создавая крайне своеобразную, диссоциированную клиническую картину состояния.

По шкале YMRS выраженность маниакальной симптоматики при данном подтипе ЭЭМБС на момент поступления в стационар составила в среднем 29,5±6,3 балла, что соответствовало критериям «маниакального состояния» в 78,9% случаев (в остальных случаях показатели были ниже). В случае наличия в структуре маниакально-бредового состояния симптомов I ранга по К. Шнайдеру больные оценивались и по шкале PANSS, средние показатели которой составили 81,6±4,2 балла.

Средняя длительность ЭЭМБС при этом подтипе составила 19,9±12,4 мес. Таким образом, данный подтип являлся наиболее длительным состоянием среди всех изученных вариантов ЭЭМБС. В отдельных случаях продолжительность «хронифицированных» ЭЭМБС могла достигать 5 лет и более. Следует отметить, что в большинстве (51,4%) случаев катамнестического исследования нам не удалось наблюдать у пациентов этого подтипа выхода в ремиссию либо инверсии фазы.

По нашему мнению, данный подтип является наиболее характерным, «ядерным», в ряду ЭЭМБС и в полной мере соответствует тем описаниям хронических маний, которые имели место в публикациях XIX—XX вв.

«Полиморфные» ЭЭМБС отличались изменчивостью клинической картины на всем своем протяжении, при этом последняя могла как усложняться, так и упрощаться. Данный тип встречался у 40 (52,6% от общей когорты) больных. В связи с существенными различиями клинико-динамических характеристик больные этого типа были разделены на два подтипа: «развивающийся» и «двойной мании».

«Развивающийся» подтип имел место у 22 (28,9% от всей когорты) больных. Клиническая картина у таких пациенток, как и у больных «острого» подтипа ЭЭМБС, отличалась яркостью проявлений и значительной выраженностью собственно аффективной составляющей. У всех больных имела место та или иная бредовая симптоматика. В одних случаях она возникала с самого начала приступа/фазы и в последующем редуцировалась, т.е. состояние трансформировалось в небредовую манию (регредиентное течение 37,7%), а в других — ЭЭМБС на всем своем протяжении усложнялось, начинаясь с небредовой мании, кото-

рая в дальнейшем преобразовывалась в бредовую и в ряде случаев в дальнейшем дополнялась неаффективными формами бреда и симптомами I ранга по К. Шнайдеру (прогредиентное течение — 62,3%). Преимущественно данные состояния характеризовались на высоте своего развития как веселые мании — 14 (63,6%) больных. Реже наблюдались спутанные мании — 3 (13,6%) больных, гневливые — 3 (13,6%), психопатоподобные — 2 (9,2%).

Для данных состояний была характерна относительная гармоничность триады с равномерной представленностью всех ее компонентов. У всех больных отмечались отчетливые соматические признаки мании: расстройства сна, повышение аппетита, усиление либидо, похудание, гиперсаливация. Как уже сообщалось, во всех наблюдениях имела место бредовая симптоматика (при этом на высоте приступа/фазы у 7 (31,8%) больных отмечалась конгруэнтная аффекту фабула бреда, а у 15 (68,2%) — неконгруэнтная). По механизму бредообразования преобладали чувственные формы: бред восприятия — у 10 (45,4%) больных и бред воображения — у 8 (36,3%), малосистематизированные бредовые интерпретации наблюдались редко — у 4 (18,3%) больных. У 86,3% пациенток при этом отмечались отдельные симптомы I ранга по К. Шнайдеру (психические автоматизмы — у 49,1%, псевдогаллюцинации — у 50,9%). У 51,2% больных имела место коморбидная непсихотическая симптоматика: деперсонализация (26,3%), диссоциативные (31,9%) и конверсионные (19,8%) истероформные расстройства, психопатоподобная симптоматика истерического круга (22,0%). В 37,5% случаев данные состояния можно было квалифицировать как маниакально-парафреннные, у 45,9% больных наблюдались кататонические расстройства.

По шкале YMRS выраженность маниакальной симптоматики при данном подтипе ЗЭМБС на момент поступления в стационар составила в среднем 33,7±7,1 балла и соответствовала критериям «маниакального состояния» в 37,7% случаев и «выраженного маниакального состояния» в 62,3%. В случае наличия в структуре маниакально-бредового состояния симптомов I ранга по К. Шнайдеру больные оценивались также по шкале PANSS, средние показатели которой составили 86,5±16,3 балла.

Средняя длительность ЗЭМБС при данном подтипе составляла 14,6±5,4 мес, приближаясь к показателям «острого» типа ЗЭМБС. Следует отметить, что в большинстве случаев (77,2%) катамнестического исследования мы наблюдали у больных этой группы выход в ремиссию либо инверсию фазы.

В подтип «двойной мании», названный по аналогии с широко известной «двойной депрессией» [23], вошли ЗЭМБС, характеризовавшиеся на большем своем протяжении клинической картиной, близкой к «хронифицированному» подтипу с характерной диссоциацией триады, а также однообразием и слабой аффективной насыщенностью симптоматики. В то же время в отличие от «хронифицированного» подтипа на фоне описанной выше клинической картины у пациенток с различной частотой периодически возникали эпизоды усиления интенсивности/усложнения симптоматики с формированием картины острой мании или острого маниакально-бредового состояния. Данный подтип имел место у 18 (23,7% от всей когорты) больных. В связи с вышеизложенным описание клинической картины этого подтипа требует отдельной характеристики «сквозной» мании с чертами хронификации и «приступообразных» острых эпизодов.

Клиническая картина «сквозной» мании характеризовалась слабой выраженностью или отсутствием двигательного возбуждения на фоне идеаторной ускоренности, непоследовательности мышления и приподнятого настроения с чертами эйфории, сменяющейся гневливостью. Подобный вариант ЗЭМБС, как и «хронифицированный» подтип, вначале проявлялся симптоматикой классической острой мании, но в дальнейшем, спустя 1—3 мес, приобретал застывшую, атипичную клиническую картину. Доминировали гневливый (6 (33,4%) больных), психопатоподобный (4 (22,3%)) и веселый (7 (38,9%)) варианты маниакальных состояний.

У большинства пациенток отмечалась незначительная представленность соматических симптомов мании, за исключением выраженного усиления влечений. Как и при «хронифицированном» подтипе, сочетание угрюмой раздражительности, сменяемой эйфорией, неряшливости, сужения круга интересов, суетливости, гиперсексуальности, нелепости высказываний напоминало проявления деменции и личностного регресса.

В рамках «сквозного» течения, в отличие от «хронифицированного», бредовая симптоматика выявлялась лишь у 14 (77,7%) больных, при этом отмечалась преимущественно конгруэнтная аффекту фабула бреда (10 (55,6%) больных). По механизму бредообразования преобладали бред воображения (8 (44,4%) больных) и малосистематизированный интерпретативный бред (6 (33,3%)). Бредовые расстройства при этом мало влияли на поведение больных, ограничиваясь отдельными высказываниями о своих особых способностях, финансовой состоятельности и талантах. Лишь у 15,3% больных отмечались отдельные стертые симптомы I ранга по К. Шнайдеру. У 73% пациенток имела место коморбидная непсихотическая симптоматика: деперсонализационная (15,4%), истеро-конверсионная (41,2%), нередко обсессивно-компульсивная (23,3%) и соматоформная (20,1%).

По шкале YMRS выраженность «сквозной» маниакальной симптоматики в рамках «двойной мании» составила 31,8±3,5 балла, что соответствовало критериям «маниакального состояния» в 73,7% случаев (в остальных случаях показатели были ниже). В случае наличия в картине мании симптомов I ранга по К. Шнайдеру (15,3%) больные оценивались также по шкале PANSS, средние показатели которой составили 81,9±5,7 балла.

Средняя длительность «сквозных» расстройств составляла 18,3±10,2 мес, приближаясь к показателям «хронифицированных» ЗЭМБС. Следует отметить, что примерно в $^1/_2$ (44,5%) случаев катамнестического исследования нам не удалось наблюдать у таких пациентов выход в ремиссию либо инверсии фазы.

Клиническая картина «приступообразных» острых эпизодов при «двойной мании» в момент их возникновения по психопатологической структуре была практически идентична «острому» подтипу мономорфных ЗЭМБС и отличалась выраженностью аффективной (маниакальной) составляющей и нередким развитием коморбидной бредовой симптоматики с преобладанием бреда воображения. Преимущественно данные состояния характеризовались как простые или веселые мании — 7 (49,7%) больных, реже встречались гневливые — 4 (28,7%), спутанные — 2 (14,2%) и психопатоподобные — 1 (7,4%).

Характерна была относительная гармоничность триады, а также выраженность всех основных соматических

Нозологическое распределение больных с ЭЭМБС в зависимости от их типологической принадлежности
Nosological distribution of patients with CEMBS depending on their typological affiliation

Нозологическая принадлежность	«Острый» подтип *n*=19 (%)	«Хронифицированный» подтип *n*=17 (%)	«Развивающийся» подтип *n*=23 (%)	Подтип «двойная мания» *n*=18 (%)
БАР	11 (61,1)*	1 (5,6)	4 (22,2)	2 (11,1)
Шизоаффективный психоз	6 (24,1)	1 (3,9)	14 (55,9)*	4 (16,1)
Приступообразно-прогредиентная шизофрения	2 (6,1)	13 (39,4)*	7 (21,2)	11 (33,3)

Примечание. * — $p<0,05$.
Note. * — $p<0.05$

признаков мании. Чисто маниакальными являлись 22,4% изученных состояний, у 77,6% больных выявлялась бредовая симптоматика (при этом у 67,6% от общего числа пациентов отмечалась конгруэнтная аффекту фабула бреда, а у 32,4% — неконгруэнтная). По механизму бредообразования преобладал бред восприятия — 9 (64,2%) больных, реже имел место бред воображения — 5 (35,8%), тенденции же к формированию бредовых интерпретаций не отмечалось, при их наличии в «сквозном» расстройстве последние на время «острого» эпизода редуцировались.

У значительного числа пациенток (63,7%) в «острых» эпизодах отмечались отдельные симптомы I ранга по К. Шнайдеру (психические автоматизмы — у 69,2%, псевдогаллюцинации — у 30,8%). У 41,7% больных имела место коморбидная непсихотическая симптоматика: деперсонализация (45,6%), диссоциативные (14,4%) и конверсионные (19,8%) истероформные расстройства и психопатоподобная симптоматика истерического круга (20,2%). В 36,1% случаев данные «острые» состояния можно было квалифицировать как маниакально-парафренные, у 35,5% больных в рамках подобных состояний имели место кататонические расстройства.

По шкале YMRS выраженность маниакальной симптоматики при подобных состояниях в структуре «двойной мании» составила в среднем 39,1±4,9 балла, что соответствовало критериям «маниакального состояния» — 44,3% и «выраженного маниакального состояния» — 55,7%. В случае наличия в структуре маниакально-бредового состояния симптомов I ранга по К. Шнайдеру больные оценивались также по шкале PANSS, средние показатели которой составили 81,9±4,3 балла.

Длительность «острых» эпизодов в структуре подтипа «двойной мании» ЭЭМБС составляла от 2 до 6 мес, в среднем — 2,9±1,3 мес.

Статистический анализ распределения больных с ЭЭМБС по их нозологической принадлежности **(см. таблицу)** показал, что «острый» подтип ЭЭМБС достоверно чаще встречался при БАР; «хронифицированный» подтип и подтип «двойной мании» — в рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении; «развивающийся» же подтип — преимущественно в рамках шизоаффективного психоза.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало, что клинико-динамическая структура ЭЭМБС, развивающихся в рамках приступообразного течения эндогенных психозов, является неоднородной. Данные расстройства различаются как по особенностям клинической картины, так и по уровню ее стабильности и характеристикам течения. Представляется важным, что разработанная на основании данного исследования клиническая типология ЭЭМБС является прогностически значимой и несет информацию о дальнейшей динамике заболевания. «Острый» и «развивающийся» подтипы ЭЭМБС характеризуются относительно благоприятным прогнозом с отсутствием или умеренной выраженностью личностных изменений в ремиссиях, что позволяет в большинстве случаев диагностировать у больных БАР и шизоаффективный психоз. В то же время «хронифицированный» подтип ЭЭМБС и подтип «двойной мании» характеризуются относительно неблагоприятным прогнозом и наблюдаются при заболеваниях со значительной прогредиентностью и выраженностью личностных изменений, что позволяет в большинстве случаев диагностировать у больных шизоаффективный вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении.

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

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Pinel P. Traité *Médico-philosophique sur l'Alién- ation Mentale*. Translated by D.D. Davis. 1806 as A Treatise on Insanity. Sheffield: Cadell and Davies (facsimile edition by Hafner, New York: 1962). Paris. 1801;496.
2. Esquirol J. *Des Maladies Mentales*. Bailliere. Paris. 1838;671.
3. Ballet G. *Treite de Pathologie mental*. Paris. 1903;495-508.
4. Wertham FI. A group of benign psychoses: prolonged manic excitements. *American Journal of Psychiatry*. 1929;9:14-76.
5. Морозова М.А. Клиника, течение и прогноз аффективного психоза, протекающего с преобладанием маниакальных расстройств. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1989;89(9):82-87. Morozova MA. Clinic, course and prognosis of affective psychosis, occurring with a predominance of manic disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 1989;89(9):82-87. (In Russ.).
6. Van Riel WG, Vieta E, Martinez-Aran A, et al. Chronic mania revisited: factors associated with treatment non-response during prospective fol-

low-up of a large European cohort (EMBLEM). *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):313-320.
https://doi.org/10.1080/15622970701805491

7. Malhi GS, Mitchell PB, Parker GB. Rediscovering chronic mania. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(2):153-156.
https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00289.x
8. Grover S, Nebhinani N, Neogi R, et al. Chronic mania: an underrecognized clinical entity. *Indian J Psychol Med*. 2012;34(1):87-89.
https://doi.org/10.4103/0253-7176.96169
9. Chawla JM, Balhara YP, Mohan I, et al. Chronic mania: an unexpectidly long episode? *Indian J Med Sci*. 2006;60:199-201.
10. Batra S, Anand A, Singh A, Verma S. Chronic Mania: Diagnostic Dilemma and the Need for Addition in Nosology. *Cureus*. 2023;15(5):e38703.
https://doi.org/10.7759/cureus.38703
11. Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2016;30(6):495-553.
https://doi.org/10.1177/0269881116636545
12. Perugi G, Akiskal HS, Rossi L, et al. Chronic mania: Family history, prior course, clinical picture and social consequences. *Br J Psychiatry*. 1998;(173):514-518.
13. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten. Wreden: Braunschweig. 2nd ed. Translated by C. L. Robertson and J. Rutherford (1867) as Mental Pathology and Therapeutics. London. *Journal of Mental Science. New Sydenham Society*. 1865;317-327.
14. Schott A. Elintsoher Beitrag sur Lehre der ehroaisehen Manie. *Konatschr.f. Psychiatry u.Neurologie*. 1904;(15):1-19.
15. Kraepelin E. *Psychiatrie*. Leipsig. Barth. 1913; 3 and 4 as Manic-Depressive Insanity and Paranoia. 1002 pp.
16. Perugi G, Passino MC, Toni C, Maremmani I, Angst J. Is unipolar mania a distinct subtype? *Compr Psychiatry*. 2007;48(3):213-217.
https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.01.004
17. Singh GP, Jindal KC. Is chronic mania a distinct clinical entity? *Indian J Psychol Med*. 2011;33(1):97-98.
https://doi.org/10.4103/0253-7176.85407
18. Mollweide H. Psychopathie. Abrenzung der hyperthymischer Psychopathie. *Arch.f.Psych. (Zeitsch.f.Neurol.)*. 1948;(181):712-755.
19. Burger-Prinz H. Endzustände in der Entwicklung hyperthymer Personlichkeiten. *Nervenarzt*. 1950;(21):476-480.
20. Ey H. *Etudes. Psychiatriques.* Paris. 1954;(3):103.
21. Muneer A. Bipolar affective disorder and catatonia. *Chin Med J (Engl)*. 2014;127(19):3388.
22. Ricke AK, Snook RJ, Anand A. Induction of prolonged mania during ketamine therapy for reflex sympathetic dystrophy. *Biol Psychiatry*. 2011;70(4):e13-14.
https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.02.030
23. Keller MB, Shapiro RW. «Double depression»: superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 1982;139(4):438-442.
https://doi.org/10.1176/ajp.139.4.438

Поступила 15.04.2024
Received 15.04.2024
Принята к печати 16.04.2024
Accpeted 16.04.2024