

**В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник, С. О. Український, Н. А. Байбарак, О. С. Серікова**  
**КЛІНІКО-ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНИХ ФОРМ БІПОЛЯРНОГО**  
**ТА ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДІВ ЗІ «ЗМІШАНИМИ» АФЕКТИВНИМИ ПРОЯВАМИ**

**В. С. Подкорытов, О. И. Серикова, О. В. Скрынник, С. А. Украинский, Н. А. Байбарак, О. С. Серикова**  
**Клинико-типологические особенности фармакорезистентных форм биполярного**  
**и шизоаффективного расстройств со «смешанными» аффективными проявлениями**

**V. S. Pidkorytov, O. I. Syerikova, O. V. Skrynnyk, S. O. Ukrainyskiy, N. A. Baibarak, O. S. Serikova**  
**Clinical and typological features of pharmacoresistent forms of bipolar and schizoaffective disorders**  
**with "mixed" affective signs**

В статті проведений порівняльний аналіз сучасних особливостей клініко-типологічної структури фармакорезистентних форм змішаної афективної симптоматики при біполярному афективному розладі (БАР) та шизоафективному розладі (ШАР). Статистично вірогідної різниці в тривалості ремісії в обох групах не спостерігалось, а загострення були вірогідно довшими при ШАР. Було виокремлено три основних клінічних типи: дисфорична манія, депресія з ідеаторним та моторним збудженням, іронічна депресія. Найчастіше спостерігалася дисфорична манія (52,0 % при БАР та 48,0 % при ШАР). Афективна симптоматика, згідно з показниками психометричних шкал, в обох групах мала схожі тенденції, однак у пацієнтів із змішаним епізодом БАР була вірогідно більш вираженою внаслідок психомоторного й мовного збудження. Структура психопатологічних синдромокомплексів була нерівномірною, залежала не тільки від полюса основного афективного синдрому, а й від додаткових симптомів протилежного полюса. Особливості клінічних проявів та перебігу змішаних форм БАР та ШАР мають бути враховані під час призначення пацієнтам терапії та оцінювання соціально-трудового прогнозу.

**Ключові слова:** біполярний афективний розлад, шизоафективний розлад, фармакорезистентність, клініка

В статье проведен сравнительный анализ современных особенностей клинико-типологической структуры фармакорезистентной форм смешанной аффективной симптоматики при биполярном аффективном расстройстве (БАР) и шизоаффективном расстройстве (ШАР). Статистически достоверной разницы в продолжительности ремиссии в обеих группах не наблюдалось, а обострения были достоверно длиннее при ШАР. Было выделено три основных клинических типа: дисфорическая мания, депрессия с идеаторным и моторным возбуждением, ироническая депрессия. Чаще всего встречалась дисфорическая мания (52,0 % при БАР и 48,0 % при ШАР). Аффективная симптоматика, согласно показателям психометрических шкал, в обеих группах имела схожие тенденции, однако у пациентов со смешанным эпизодом БАР была достоверно более выраженной за счет психомоторного и речевого возбуждения. Структура психопатологических синдромокомплексов была неравномерной, зависела не только от полюса основного аффективного синдрома, но и от дополнительных симптомов противоположного полюса. Особенности клинических проявлений и течения смешанных форм БАР и ШАР должны быть учтены при назначении пациентам терапии и оценке социально-трудового прогноза.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство, фармакорезистентность, клиника

The article provides a comparative analysis of the modern features of the clinical and typological structure pharmacoresistant mixed affective symptoms in bipolar affective disorder (BAD) and schizoaffective disorder (SAD). A statistically significant difference in the duration of remission in both groups was not observed, and the exacerbations were significantly longer in the SAD. Three main clinical types were distinguished: dysphoric mania, depression with ideator and motor agitation, ironic depression. The most common was dysphoric mania (52.0 % with BAD and 48.0 % with SAD). Affective symptoms according to the indicators of psychometric scales in both groups had similar tendencies, however, in patients with a mixed episode BAD they were significantly more pronounced due to psychomotor and speech arousal. The structure of psychopathological syndromic complexes was uneven, depended not only on the pole of the main affective syndrome but also on the additional symptoms of the opposite pole. The peculiarities of clinical manifestations and the course of mixed forms of BAD and SAD should be taken into account prescribing therapy to patients and evaluating the social and labor prognosis.

**Key words:** bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, pharmacoresistance, clinical signs

Серед актуальних питань сучасної психіатрії в останні десятиріччя все більшу увагу привертають змішані афективні стани, які поєднують в собі прояви як депресії, так і манії. Передусім вони спостерігаються при біполярному та шизоафективному розладах. Пожвавлення інтересу до цієї проблеми зумовлено, з одного боку, патоморфозом психічних захворювань з тенденцією до розвитку атипичних афективних розладів, а з іншого — необхідністю розроблення диференційованих підходів до терапії цих форм психічної патології й уточнення критеріїв їх клінічного й соціального прогнозу [1].

Незважаючи на майже сторічну історію вивчення змішаних афективних станів, ціла низка аспектів проблеми залишається нерозкритими або недостатньо розкритими. Розширене тлумачення цього поняття й нечіткість його меж ускладнюють створення класифікації, яка враховувала б різноманіття проявів і перебігу окремих синдромальних варіантів. Цим пояснюється широкий діапазон даних

щодо поширеності цих станів при біполярному афективному розладі (БАР) — від 0,2 % до 70,0 % та від 2,0 % до 60,0 % при шизоафективному розладі (ШАР) [2, 3].

На сьогодні науково доведений сильний зв'язок змішаної афективної патології з несприятливими чинниками, як-от суїцидальність, схильність до ранньої маніфестації, затяжних загострень та коротких ремісій [4—6]. Все це сприяє формуванню при змішаних станах складного перебігу та прогнозу афективного захворювання, а також їх негативного впливу на загальне функціонування та соціальну адаптацію пацієнтів [7, 8].

Синдромальне різноманіття змішаних форм афективної патології та особливості їх відповіді на терапію з посиленням конкуруючої симптоматики суттєво впливають на ефективність сучасних психофармакологічних засобів та сприяють формуванню недостатньої ефективності лікування [9, 10].

У зв'язку з цим більша частина змішаних станів (до 60,0 %) виявляє резистентність до терапії, що звичайно проводиться [11]. Тому поєднання несприятливого соціального прогнозу у таких хворих та великого від-

сотку стійких до лікування змішаних форм афективних розладів зумовлює актуальність проблеми вивчення чинників, що сприяють формуванню їх терапевтичної резистентності.

Все вище зазначене й зумовило мету дослідження — вивчення сучасних особливостей клініко-типологічної структури та перебігу фармакорезистентних форм змішаної афективної симптоматики при БАР та ШАР.

Дослідження було здійснене в рамках науково-дослідної роботи «Визначити особливості формування терапевтично резистентних форм афективної патології змішаного типу (біполярного і шизоафективного розладів) та розробити методи їх лікування в умовах впровадження в Україні страхової медицини» (Шифр НАМН. РА.7П.18), що виконується у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України».

Для розв'язання завдання був використаний клініко-психопатологічний метод дослідження з аналітичним вивченням доступної медичної документації, метод катанестичного обстеження та метод квантифікованих шкал. Використовували Шкалу манії Янга (YMRS), Шкалу депресії Гамільтона (HDRS) та Шкалу позитивних і негативних розладів (PANSS) [12—15]. Статистичне оброблення даних робили за допомогою методів визначення вірогідності різниць (за *U*-критерієм Манна — Уїтні). Обчислення статистичних показників проводили за допомогою Excel для Windows.

Дослідження проводили 2017—2018 року у клініці відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» (акредитаційний сертифікат від 22 липня 2016 р. за № 013023, серія М3 Міністерства охорони здоров'я України, строк дії сертифіката з 23 червня 2016 р. по 22 червня 2019 р.).

Обстежено 50 пацієнтів із резистентними до терапії формами афективних розладів змішаного типу, які були поділені на дві групи. В першу групу потрапили 25 хво-

рих із змішаним епізодом БАР (F31.6 за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду — МКХ-10). В другій групі було 25 хворих із змішаним типом ШАР (F25.2 за МКХ-10). Критерієм терапевтично резистентного змішаного розладу згідно з Roop S. H. (2012) була відсутність позитивної відповіді хоча б на два різних курси лікування препаратами в адекватних дозах та достатньої тривалості (6 тижнів) [16]. З обстеження були виключені особи з вираженою супутньою соматичною і неврологічною патологією та залежністю від психоактивних речовин.

Серед обстежених було 24 чоловіки та 26 жінок, середній вік хворих в групі БАР —  $(42,92 \pm 14,32)$  років, а в групі ШАР —  $(37,33 \pm 9,16)$  років.

Вивчаючи клінічні характеристики досліджуваних (табл. 1), бачимо, що є різниця у особливостях перебігу психічного розладу між обома групами. Зокрема, початок перших симптомів психічного розладу в групі БАР був в середньому у  $(30,28 \pm 12,23)$  років, а в групі ШАР — в  $(22,65 \pm 3,69)$  років ( $p < 0,05$ ). В обох групах не було вірогідної різниці у кількості загострень: в групі БАР —  $(6,40 \pm 5,24)$  разів та в групі ШАР —  $(8,60 \pm 3,61)$  разів. Середня тривалість хвороби у пацієнтів в обох групах була ідентичною — в групі БАР —  $(12,48 \pm 11,13)$  років, а в групі ШАР —  $(11,96 \pm 9,08)$  років. Змішані стани проявлялися затяжними загостреннями та короткими ремісіями. При змішаному епізоді БАР середня тривалість загострення складала  $(5,08 \pm 3,64)$  місяців, а при змішаному типі ШАР —  $(9,72 \pm 1,97)$  місяців. Ремісія при змішаному епізоді БАР в середньому була  $(5,62 \pm 1,71)$  місяців, а при змішаному типі ШАР —  $(3,32 \pm 1,39)$  місяців. Отже, статистично вірогідної різниці в тривалості ремісії в обох групах не спостерігалось, а загострення були вірогідно довшими при ШАР. Це могло бути зумовлено додаванням до афективної симптоматики неконґруентних афекту маячних симптомів, формування та розвиток яких займали певний час (див. табл. 1).

Таблиця 1. Основні клінічні характеристики досліджених груп

Показник	Група пацієнтів із фармакорезистентним змішаним епізодом БАР ( $n = 25$ )	Група пацієнтів із фармакорезистентним змішаним типом ШАР ( $n = 25$ )
Середній вік пацієнтів, роки	$42,92 \pm 14,32$	$37,33 \pm 9,16$
Початок перших симптомів психічного розладу, роки	$30,28 \pm 12,23$	$22,65 \pm 3,69$
Кількість загострень, разів	$6,40 \pm 5,24$	$8,60 \pm 3,61$
Тривалість хвороби, роки	$12,48 \pm 11,13$	$11,96 \pm 9,08$
Середня тривалість загострення, місяці	$5,08 \pm 3,64$	$9,72 \pm 2,97$
Середня тривалість ремісії, місяці	$5,62 \pm 1,71$	$3,32 \pm 1,39$

Примітка. Тут та у табл. 3 дані наведено у форматі  $(M \pm m)$ , де  $M$  — середня величина, а  $m$  — стандартна похибка;  $n$  — кількість пацієнтів

Клініка змішаних станів в обох групах включала симптомокомплекс психопатологічних розладів, для яких було характерним співіснування компонентів різнополюсних афективних станів, а саме дисфорично-маніакального, іронічно-депресивного та депресивного з моторним та ідеаторним збудженням. Крім того, у пацієнтів з ШАР додавалась ще й продуктивна симптоматика у вигляді маячення та перцептивних порушень, не конґруентних афекту.

У пацієнтів із змішаним епізодом БАР на початку загострення найчастішою була симптоматика дисфоричної манії (13 осіб — 52,00 % випадків). Рідше спостерігались

депресія з моторним та ідеаторним збудженням — 8 осіб (32,00 % випадків), та іронічна (усміхнена) депресія — 4 особи (16,00 % випадків) (табл. 2).

У хворих на змішаний тип ШАР на початку загострення найчастішою була симптоматика дисфоричної манії — 12 осіб (48,00 % випадків). Рідше спостерігались депресія з моторним та ідеаторним збудженням — 7 осіб (28,00 % випадків), та іронічна (усміхнена) депресія — в 6 осіб (24,00 % випадків) (див. табл. 2).

Тобто, статистично вірогідної різниці в клінічній структурі загострень в обох групах не спостерігалось.

Таблиця 2. Розподіл обстежених пацієнтів за клініко-типологічним варіантом

Клініко-типологічний варіант	Дратівлива (дисфорична) манія		Депресія з моторним та ідеаторним збудженням		Іронічна (усміхнена депресія)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кількість пацієнтів із змішаним епізодом БАР (n = 25)	13	52,00	8	32,00	4	16,00
Кількість пацієнтів із змішаним типом ШАР (n = 25)	12	48,00	7	28,00	6	24,00

Дратівлива (дисфорична) манія спостерігалася в 52,00 % випадків (13 пацієнтів) при резистентному до фармакотерапії змішаному епізоді БАР та в 48,00 % випадків (12 пацієнтів) при змішаному типі ШАР. Вона розвивалася поступово і частіше автохтоно. Найчастіше спостерігалася поєднання манії з дисфорією, коли поряд з класичною маніакальною тріадою були наявні симптоми похмуро-злобної гнівливості, невдоволеності оточенням з параноїдними включеннями. Тобто це був варіант атипичного змішаного стану. Це надавало стану дисфоричного забарвлення. У таких хворих спочатку у структурі афективного синдрому переважали дратівливість, гнівливість, невдоволеність оточенням, що супроводжувалися, з одного боку, постійним буркотінням, з іншого — ідеями переоцінки власних спроможностей щодо ділових і особистісних властивостей. Потім у них поступово на перший план виступало ідеаторне збудження з нестійкістю уваги, непослідовністю мислення і мовним натиском. Пізніше приєднувалися нестійкі окремі ідеї величі, особливого походження, реформаторства. Афективне марення (маячні ідеї величі, особливих здібностей фантастичного характеру) звичайно супроводжувалося ідеаторним і моторним збудженням з сильним відчуттям внутрішнього напруження, афективною нестабільністю, надзвичайною експлозивністю та агресивністю. Такі прояви і динаміка психічного стану були характерні для пацієнтів обох груп.

Далі у пацієнтів з ШАР наставав період неафективного марення. Воно розвивалося за типом уяви з інтуїтивним проникненням в зміст подій, що відбуваються, або як «беззаперечне знання». Ідеї особливої місії, реформаторства, знатного походження підкріплювалися на ґрунті інтуїції ідеями впливу (частіше активного) на ідеаторну сферу з приєднанням окремих псевдогалюциаторних розладів, які супроводжувалися маніакальним афектом з відтінком фанатства і напруженості. Іноді спостерігалися транзиторні прояви маячної психічної деперсоналізації. Як правило, подальшого ускладнення марення не було. Галюциаторна симптоматика зазвичай обмежувалася неконґруєнтними переживаннями хворого, імперативними, коментуючими або погрожуючими слуховими псевдогалюцинаціями. Тривалість власне маревних переживань звичайно не перевищувала 6—8 тижнів. Вихід з психозу був літичним (2—3 тижні). Після закінчення неґолотимного марення починали звучати нестійкі ідеї величі, особливого походження, які тривали зазвичай 1—2 тижні. У подальшому протягом декількох місяців у хворих ще могли спостерігатися маніакальні дратівливості та гнівливості.

При депресії з моторним та ідеаторним збудженням (32,00 % спостережень — 8 пацієнтів із змішаним епізодом БАР та 28,00 % спостережень — 7 пацієнтів із змішаним типом ШАР) афективна складова характеризувалася хаотичною зміною депресивних симптомів (пригнічений настрій, апатія, ангедонія та ін.), різкими перепадами настрою, короткочасними, проте вираженими симптомами ажитації, агресивності, дратівливості, імпульсивності. Характерною особливістю цього стану

був чималий вплив зовнішніх тригерів на стан пацієнта. Також спостерігалася заміна класичних симптомів із депресивної тріади (як-от зниження темпу мислення та рухова загальмованість) на симптоми, що характерні для маніакального стану, а саме — підвищену мовну активність та руховий неспокій пацієнтів.

Найчастішою скаргою у них була пригніченість, туга, невідступне відчуття внутрішнього напруження, неможливість розслабитися. Водночас настрої набували дисфоричного відтінку з вибуховими емоційними реакціями. У судженнях про себе і своє життя хворі висловлювали песимістичну оцінку, самопринизливі думки, згадували про втрачені можливості, минулі образи і власні помилки.

Описана симптоматика поєднувалися з вираженим руховим занепокоєнням, непосидючістю, метушливістю. Часом хворі не могли знайти собі місце, намагалися братися за фізичну працю або займатися спортом для зняття напруження. Проте, в будь-якому разі їх активність була малопродуктивною. Спостерігалася схильність до імпульсивних дій, коли пацієнти могли раптово вийти з дому або провокували конфлікти. Подібні дії спричиняли у них згодом почуття провини.

До афективної симптоматики незабаром приєднувалися тривожні побоювання надцінного характеру та окремі ідеї ставлення. Нерідко спостерігалися короткочасні і фрагментарні синдроми дереалізації та деперсоналізації. Тривога наростала до ступеня вираженого відчаю, краху, що насувається, та супроводжувалася ажитацією та агресивністю. Тривожний афект мав характер безпричинного страху («ніби постійно чогось чекаю») або очікування чогось неприємного, з раптовими пробудженнями серед ночі. В проміжках між епізодами тривоги спостерігалися прояви непосидючості, постійного прагнення до руху («якесь нетерпіння», «кудиш поспішаю», «не можу залишатися на одному місці») з відчуттям внутрішнього напруження («весь організм як пружина») і нав'язливими побоюваннями.

Галюциаторно-маревна частина в структурі загострення ШАР складалася з маревних ідей переслідування, ставлення, впливу, фрагментарного маячення інсценування з вкрапленням ідей власної величі, нестійких, найчастіше слухових псевдогалюцинацій. Можна було відзначити ускладнення маревних розладів з тенденцією до їхньої видозміни у бік більш фантастичного змісту. Поступово починала виявлятися персекуторна тематика марення, з окремими проявами синдрому Кандинського — Клерамбо. Розвивалися нерозгорнене марення інсценування і поодинокі помилкові впізнавання (останні мали характер вигадки). Пацієнти могли активно переслідувати своїх кривдників, проявляти агресію щодо останніх. Подібні маревні розлади відповідали наочно-образному маренню уяви. Вихід був ближче до критичного, протягом 1—2 тижнів. В подальшому на перший план виступали ідеї власної нікчемності і неспроможності, які зберігалися іноді протягом декількох місяців. Розгорнутий депресивний стан в подальшому тривав протягом 5—7 місяців. Критика до переживань була неповною.

При іронічній депресії (при змішаному епізоді БАР 16,00 % спостережень — 4 особи, при змішаному типі ШАР — 24,00 % спостережень — 6 осіб) афективна складова характеризувалася пригніченим настроєм, почуттям повної безнадійності, які контрастували з гіркою іронією хворого щодо свого стану. Вона нерідко супроводжувалася суїцидальними тенденціями. А оскільки усміхнений вигляд пацієнта імітував деяку піднесеність настрою, дійсна важкість стану залишалася недооціненою. Крім того, зниження настрою поєднувалося із великим внутрішнім напруженням. Нерідко пацієнти з легкістю втягувалися в сумнівні, авантюри справи, сподіваючись на випадковий успіх. Також у більшості хворих зберігався звично властивий їм підвищений рівень потягів (лібідо, апетит). Беручи до уваги той факт, що часто була відсутня психомоторна загальмованість, цей стан був небезпечним через високу ймовірність скоєння суїциду.

Серед психотичної симптоматики домінували стійкі маячні ідеї ставлення — пацієнти вважали, що рідні їх покинули, що вони нікому не потрібні, що сусіди хочуть відібрати в них майно, що з ними ніхто не спілкується саме через їх депресивний стан. Крім того, спостерігалось чуттєве марення уяви. Всі предмети, процеси, реакції

інших людей сприймалися хворими в новому, особливому, найчастіше символічному, значенні, яке характеризується відчуттям, що те, що відбувається, стосується особисто їх. Вони ще не могли визначити, яке саме це має значення. Але, що воно безпосередньо є, вони були впевнені абсолютно. Маревні події мали фрагментарний характер, відрізнялися незавершеністю психопатологічних проявів, сценopodobністю. Вихід з психозу був ближчий до критичного, протягом 1—2 тижнів. Одночасно зменшувалася вираженість афективного марення. Потім поступово втрачали свою інтенсивність афективні порушення. Галюцинації мали короткочасний рудиментарний характер. Далі спостерігався розгорнутий депресивний стан. Критика була достатньо повною, але пацієнти заперечували можливість повторних рецидивів.

Отже, загальний паттерн розвитку психотичної афективної симптоматики у пацієнтів обох груп був схожим. Однак в групі ШАР до неї додавалися ще й неафективні маячні та перцептивні розлади.

Для оцінювання тяжкості конкуруючої афективної симптоматики у кожній окремій групі ми використували дані, отримані за допомогою психометричних шкал — YMRS, HDRS, PANSS (табл. 3).

Таблиця 3. Показники психометричних шкал у досліджуваних пацієнтів на початку лікування

Діагноз	Шкали	Клініко-типологічний варіант змішаного розладу		
		Дисфорична манія	Депресія з моторним та ідеаторним збудженням	Іронічна (усміхнена депресія)
		Сумарний бал за шкалами		
БАР, змішаний епізод, резистентний до лікування (n = 25)	YMRS	37,22 ± 3,80*, **	29,05 ± 4,83**	24,09 ± 2,55
	HDRS	17,15 ± 3,55*	27,05 ± 5,11	25,04 ± 3,56
ШАР, змішаний тип, резистентний до лікування (n = 25)	YMRS	31,10 ± 1,60*	21,94 ± 1,98	22,55 ± 1,05
	HDRS	13,15 ± 2,55*	25,65 ± 3,87	22,54 ± 2,85
	PANSS	82,20 ± 6,23	80,74 ± 7,33	73,92 ± 5,55
	субшкала PANSS «Позитивні симптоми»	29,31 ± 4,45*	22,05 ± 0,95	20,53 ± 1,48
	субшкала PANSS «Негативні симптоми»	7,23 ± 0,07	7,45 ± 0,42	7,23 ± 0,19
	субшкала PANSS «Загальні симптоми»	45,65 ± 4,88	51,24 ± 2,45*	46,16 ± 2,96

Примітки: \* — різниці вірогідні порівняно з іншими показниками всередині групи,  $p \leq 0,05$ ; \*\* — різниці вірогідні порівняно з іншими показниками між групами,  $p \leq 0,05$

У пацієнтів із резистентним до лікування БАР за шкалою YMRS найбільший показник був у пацієнтів з дисфоричною манією — (37,22 ± 3,80) балів ( $p \leq 0,05$ ) внаслідок вираженості маніакальної симптоматики, що поєднувалося із чималою дратівливістю. Він відповідав рівню тяжкої манії та суттєво відрізнявся від інших груп — при депресії з моторним та ідеаторним збудженням та іронічній депресії — (29,05 ± 4,83) та (24,09 ± 2,55) бали відповідно, де здебільшого домінували руховий або мовний неспокій. Подібне співвідношення було і при змішаному типі ШАР, де при дисфоричній манії — (31,1 ± 1,6) балів, а при депресії з моторним та ідеаторним збудженням та іронічній депресії — (21,94 ± 1,98) та (22,55 ± 1,05) балів відповідно. Крім того, у пацієнтів з БАР цей показник був вірогідно вищий в групах з дисфоричною манією та депресією з ідеаторним та моторним збудженням внаслідок більш вираженого психомоторного збудження та швидкості мови ( $p \leq 0,05$ ).

За шкалою HDRS, навпроти, при дратівливій манії сумарний показник був вірогідно нижчим, чим в інших групах — (17,15 ± 3,55) балів в групі пацієнтів з БАР та (13,15 ± 2,55) балів у пацієнтів з ШАР ( $p \leq 0,05$ ).

При депресії з моторним та ідеаторним збудженням та іронічній депресії афективна симптоматика відповідала рівню тяжкої депресії та складала у пацієнтів з БАР (27,05 ± 5,11) та (25,04 ± 3,56) балів відповідно, а групі ШАР — (25,65 ± 3,87) та (22,54 ± 2,85) балів відповідно.

Отже, афективна симптоматика, згідно з показниками психометричних шкал, в обох групах мала схожі тенденції. Однак у пацієнтів із змішаним епізодом БАР вона була вірогідно більш вираженою внаслідок психомоторного й мовного збудження.

Продуктивна симптоматика була наявною і оцінювалася за допомогою шкали PANSS тільки у пацієнтів із змішаним типом ШАР. В групах депресій з моторним та ідеаторним збудженням та дисфоричною манією загальний показник PANSS був практично однаковим — (80,74 ± 7,33) та (82,20 ± 6,23) балів. Найнижчим цей показник був у групі іронічної депресії (73,92 ± 5,55) балів. Але різниці не була вірогідною.

Найвищий бал за субшкалою «Позитивні симптоми» був у пацієнтів з гнівливою манією — (29,31 ± 4,45) балів, порівняно з (22,05 ± 0,95) балів при депресії з моторним

та ідеаторним збудженням та  $(20,53 \pm 1,48)$  балів при усміхненій депресії. Це можна зв'язати з тим, що хворі вказували стійкі маячні ідеї переоцінки власної особистості та були занадто дратівливими, негативістичними до інших. Тобто бали за пунктами P5 «Ідеї величі» та P7 «Ворожість» у них були максимальними — по  $(4,50 \pm 0,50)$  балів. В інших групах їх значення звичайно не перевищувало 2 бали. Середній бал за субшкалою «Негативні симптоми» був мінімальний та практично однаковий в усіх трьох групах — в середньому  $(7,30 \pm 0,24)$  балів. Показник за субшкалою «Загальні симптоми» мав максимальне значення у пацієнтів з депресією із моторним та ідеаторним збудженням —  $(51,24 \pm 2,45)$  балів. Це пояснювалось високими показниками за пунктами G2 «Тривога», G3 «Напруженість», G11 «Порушення уваги» — понад 5 балів. В групах іронічної депресії та дратівливої манії показники практично не відрізнялися —  $(46,16 \pm 2,96)$  та  $(45,65 \pm 4,88)$  балів відповідно.

Згідно з показниками, отриманими за допомогою психометричних шкал, структура психопатологічних синдромокомплексів у обстежених була нерівномірною. Вона залежала не тільки від полюса основного афективного синдрому, а й від додаткових симптомів протилежного полюса. Вона об'єднувала комплекс симптомів, що характеризували різну ступінь глибини та завершеності афективних та галюцинаторно-маревних розладів.

Отже, у пацієнтів з фармакорезистентними змішаними формами БАР та ШАР були виокремлені три основних клінічних підтипи — дисфорична манія (13 осіб або 52,00 % випадків БАР та 12 осіб або 48,00 % випадків ШАР), депресія з моторним та ідеаторним збудженням (8 осіб або 32,00 % випадків БАР та 7 осіб або 28,00 % випадків ШАР) й іронічна (усміхнена) депресія (4 особи або 16,00 % випадків БАР та 6 осіб або 24,00 % випадків ШАР). Загальний паттерн розвитку психотичної афективної симптоматики у пацієнтів обох груп був схожим. Однак в групі ШАР до неї додавалися ще й неафективні маячні та перцептивні розлади. Афективна симптоматика, згідно з показниками психометричних шкал, при змішаному типі проявів в обох групах мала схожі тенденції. Однак у пацієнтів із змішаним епізодом БАР була вірогідно більш вираженою внаслідок психомоторного й мовного збудження. Структура психопатологічних синдромокомплексів була нерівномірною, залежала не тільки від полюса основного афективного синдрому, а й від додаткових симптомів протилежного полюса, та становила континуум симптомів, що характеризували різну ступінь глибини та завершеності афективних, а, у разі ШАР, й галюцинаторно-маревних розладів.

Виокремлені вище описані варіанти клінічних проявів та особливості перебігу змішаних форм БАР та ШАР треба враховувати як під час призначення таким хворим відповідної психофармакотерапії, так і проведення з ними психотерапії.

#### Список літератури

1. Марута Н. А. Диагностика биполярного афективного расстройств // *НейроNews*. 2011. № 4 (31). С. 35—42.
2. Distinct seasonality of depressive episodes differentiates unipolar depressive patients with and without depressive mixed states / T. Sato, R. Bottlender, M. Sievers, H. Möller // *Journal of Affective Disorders*. 2006. Vol. 90, № 1. P. 1—5. DOI: 10.1016/j.jad.2005.09.009.
3. Benazzi, F. Which could be a clinically useful definition of depressive mixed state? // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2002. Vol. 26. P. 1105—1111. URL : [https://doi.org/10.1016/S0278-5846\(02\)00244-0](https://doi.org/10.1016/S0278-5846(02)00244-0).
4. Копейко Г. И. Смешанные аффективные состояния в юношеском возрасте (исторический аспект, современное состояние проблемы, психопатология) // *Журнал невропатологии и психиатрии*. 2011. Т. 111. № 10. С. 4—11.

5. Targum S. D. and Nierenberg A. The Complexity of "Mixed" Depression: A Common Clinical Presentation // *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2011. Vol. 8. № 6. P. 38—42.

6. Ремиссии при аффективных заболеваниях: эпидемиология, психопатология, клинический и социальный прогноз, вторичная профилактика / А. Б. Смулевич, А. В. Андрущенко, Д. В. Романов, Н. В. Захарова // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2014. № 3. С. 4—13.

7. McElroy S. Understanding the Complexity of Bipolar Mixed Episodes // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008. Vol. 69(2). P. 106—112. DOI: 10.4088/JCP.0208e06.

8. Cassidy F., Carroll B. J. The clinical epidemiology of pure and mixed manic episodes // *Bipolar Disorders*. 2013. № 1. P. 35—40.

9. Benazzi F., Koukopoulos A., Akiskal H. S. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression) // *European Psychiatry*. 2004. Vol. 19(2). P. 85—90. URL : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.09.008>.

10. The Koukopoulos Mixed Depression Rating Scale (KMDRS): An International Mood Network (IMN) validation study of a new mixed mood rating scale // G. Sania, P. A. Vöhringerb, S. A. Barroilhetb, [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 232. P. 9—16. DOI: 10.1016/j.jad.2018.01.025.

11. Vieta E., Valenti M. Mixed states in DSM-5: Implications for clinical care, education, and research // *Journal of Affective Disorders*. 2013. Vol. 148. P. 28—36. DOI: 10.1016/j.jad.2013.03.007.

12. Шкалы для оценки синдромов и симптомов в психиатрии // *Здоров'я України*. 2001. № 2. С. 62.

13. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. Харьков : Торнадо, 2003. 350 с.

14. A new integrated negative symptom structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia using item response analysis / Khan A., Lindenmayer J. P., Opler M. G. A. [et al.] // *Schizophrenia Research*. 2013. Vol. 150, № 1. P. 185—196. DOI:10.1016/j.schres.2013.07.007.

15. Асанович М. В. Клинические шкалы оценки негативного синдрома при шизофрении // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2017. № 1. С. 27—31.

16. Evidence-based options for treatment-resistant adult bipolar disorder patients / S. H. Poon, K. Sim, M. Y. Sum [et al.] // *Bipolar Disorder*. 2012. Vol. 4(6). P. 573—584. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2012.01042.x.

*Надійшла до редакції*

**ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович**, доктор медичних наук, професор, науковий керівник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна, e-mail: pid-vs@ukr.net

**СЕРІКОВА Ольга Іванівна**, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу\*; e-mail: olserikova@yahoo.com

**СКРИННИК Ольга Вячеславівна**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу\*; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

**УКРАЇНСЬКИЙ Сергій Олексійович**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу\*; e-mail: ukrayinskyu@gmail.com

**БАЙБАРАК Наталя Анатоліївна**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу\*; e-mail: baybarakn@gmail.com

**СЕРІКОВА Ольга Сергіївна**, науковий співробітник відділу\*; e-mail: olga.s.serikova@gmail.com

\* відділ клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

**PIDKORYTOV Valerii**, Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of clinical, social and child psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology National Academy of Medical Science of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine, e-mail: pid-vs@ukr.net

**SYERIKOVA Olga**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department\*; e-mail: olserikova@yahoo.com

**SKRYNNYK Olga**, MD, PhD, Senior Researcher of the Department\*; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

**UKRAINSKYI Sergii**, MD, PhD, Senior Researcher of the Department\*; e-mail: ukrayinskyu@gmail.com

**BAIBARAK Natalia**, MD, PhD, Senior Researcher of the Department\*; e-mail: baybarakn@gmail.com

**SERIKOVA Olga**, MD, Researcher of the Department\*; e-mail: olga.s.serikova@gmail.com

\*Department of clinical, social and child psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine