

**Барденштейн Л.М.¹, Осипова Н.Н.², Славгородский Я.М.¹, Беглянкин Н.И.¹,
Алешкина Г.А.¹, Туранский М.М.¹**

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО II ТИПА

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Министерства здравоохранения РФ, 127473, Москва

²ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, 214019, г. Смоленск

♦ В статье представлен обзор современной литературы, посвящённой изучению биполярного аффективного расстройства II типа (БАР II). Обобщаются материалы отечественных и зарубежных исследований по особенностям клинического течения депрессий и гипоманиакальных состояний в рамках БАР II, проблемы дифференциальной диагностики биполярного аффективного расстройства в спектре аффективной патологии. Показана значимость изучения преморбидного фона при БАР II, коморбидных состояний для прогнозирования течения заболевания. Рассмотрены скрининговые, диагностические и оценочные шкалы, опросники и принципы их использования в качестве дополнения к современным международным диагностическим системам МКБ-10 и DSM-IV-TR, DSM-V.

Ключевые слова: обзор; биполярное аффективное расстройство II типа; DSM-IV-TR; DSM-V; МКБ-10; диагностика; скрининговый инструмент; опросник.

Для цитирования: Барденштейн Л.М., Осипова Н.Н., Славгородский Я.М., Беглянкин Н.И., Алешкина Г.А., Туранский М.М. Биполярное аффективное расстройство II типа. *Российский медицинский журнал*. 2018; 24(3): 157-162. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2018-24-3-157-162>

Для корреспонденции: Барденштейн Леонид Михайлович, доктор мед. наук, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, 127473, Москва, E-mail: barden@mail.ru

Bardenshteyn L.M.¹, Osipova N.N.², Slavgorodsky Ya.M.¹, Beglyankin N.I.¹, Aleshkina G.A.¹, Turansky M.M.¹

THE BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER TYPE II

¹«The A.E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry», 127473, Moscow, Russian Federation

²«The Smolensk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 214019, Smolensk, Russian Federation

♦ The article presents review of modern publications concerning studies of bipolar affective disorder type II. The materials are summing up concerning national and international studies of characteristics of clinical course of depressions and hypomaniacal states within the framework of bipolar affective disorder type II, problems of differential diagnostic of bipolar affective disorder within spectrum of affective pathology. The significance of studying of pre-morbid background in case of bipolar affective disorder type II, co-morbid states for prognosis of course of disease is demonstrated. The screening, diagnostic and estimated scales and questionnaires are considered including principles of their application as an add-on to actual international diagnostic systems ICD-10, DSM-IV-TR, DSM-V.

Keywords: review; bipolar affective disorder type II; ICD-10; DSM-IV-TR; DSM-V; diagnostic; screening tool; questionnaire.

For citation: Bardenshteyn L.M., Osipova N.N., Slavgorodsky Ya.M., Beglyankin N.I., Aleshkina G.A., Turansky M.M. The bipolar affective disorder type II. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018; 24(3): 157-162. (In Russ.) DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2018-24-3-157-162>

For correspondence: Leonid M. Bardenshteyn, doctor of medical sciences, the head of the Chair of Psychiatry and Narcology «The A.E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry», 127473, Moscow, Russian Federation, E-mail: barden@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Поступила 20.01.18
Принята к печати 20.03.18

Проблема изучения биполярного аффективного расстройства (БАР) является актуальной, поскольку рост данного вида патологии подтверждается практически всеми исследователями. Распространённость биполярного аффективного расстройства в 60-е годы XX века в странах Европы и США составляла 0,4–0,8%, в 90-х годах – 5–10% от общей численности населения [1]. На современном этапе исследования J. Alonso и соавт. [2] указывают, что в Европе распространённость БАР достигла 14%, а в США – 20,8%, по данным R. Kessler и соавт. [3], что в целом позволяет считать патологию аффективной сферы глобальной проблемой человечества в XXI веке.

Следует отметить, что при использовании дефиниций DSM-IV-TR и DSM-V, распространённость БАР II выше чем, БАР I. Приводятся данные, что БАР II встречается в общей популяции с частотой от 1 до 2% [4]. Однако, если использовать критерий продолжительности

эпизода гипомании – один день, распространённость БАР II типа в общей популяции возрастает до 5% и более [5].

Сведения о распространённости в контексте гендерных различий БАР II также противоречивы. Некоторые авторы указывают на отсутствие гендерных различий, между тем A. Viguera и соавт. [6], проводя исследования в медицинских учреждениях, продемонстрировали преобладание женщин, связывая данный факт с более высокой обращаемостью женщин за медицинской помощью.

По мнению большинства исследователей, БАР II начинается в более позднем возрасте, чем БАР I, что может быть обусловлено генетическими факторами [7, 8]. Генетическая предрасположенность также подтверждается тем, что риск развития БАР II наиболее высок у лиц, имеющих близких родственников, страдающих БАР, и особенно БАР II [9, 10].

БАР II типа как самостоятельная нозологическая единица появилась в зарубежных классификациях болезней сравнительно недавно, немногим более 30 лет назад. Тем не менее история изучения расстройств настроения насчитывает более 2000 лет и связана с введением Гиппократом (V век до н.э.) понятий «меланхолия» и «мания». Э. Крепелин (1921) предложил концепцию маниакально-депрессивного психоза, описывающую полярные синдромы расстройств настроения, а также соотношение аффективных фаз и конституциональных свойств, эта концепция оставалась основной на протяжении XX века в отечественной и зарубежной психиатрии [11].

В 1976 г. D. Dunner и соавт. выявили два типа БАР, при I типе эпизоды депрессии чередуются с маниями, приводящими к серьёзному нарушению функционального статуса, требующего лечения в стационаре, БАР II типа протекает только с гипоманиями [12].

Типология биполярных расстройств в классификациях болезней рассматривается с 1982 г., впервые введена в DSM-III(APA) под рубрикой 296.6 [13]. Диагностические критерии включали указание на эпизоды мании, гипомании и депрессии. В МКБ-9, адаптированной в СССР, также присутствует диагноз биполярного расстройства в рубриках 296.2 и 296.3, однако рассматривается не как отдельная нозологическая единица, а в рамках циркулярного типа маниакально-депрессивного психоза. В классификации психиатрической ассоциации США (APA) DSM-IV-TR (2000 г.) выделяются три типа биполярных расстройств – биполярное расстройство I типа, которое протекает с манией, биполярное расстройство II типа, протекающее с гипоманией, и циклотимия [14]. В отличие от МКБ-10, в которой БАР определяется единой рубрикой F31, в DSM-IV закреплена дифференцировка на БАР I типа и БАР II типа. В МКБ-10 БАР II лишь включено в подрубрику «Другие биполярные аффективные нарушения» (F31.8), наряду с рекуррентными маниакальными эпизодами, и диагностические критерии для него отсутствуют.

Современная классификация биполярного расстройства II типа в классификации психиатрической ассоциации США (APA) DSM-V (2013 г.) включает его в рубрику 296.89 (F31.81) [15].

Критерии диагностики биполярного аффективного расстройства II типа

А. Критерии отвечают требованиям, удовлетворяют условиям для одного эпизода гипомании (критерий А-F для эпизода гипомании) и одному большому депрессивному эпизоду (критерии А-С для большого депрессивного эпизода).

В. Никогда не наблюдался маниакальный эпизод.

С. Возникновение гипоманиакального эпизода (эпизодов) и большого депрессивного эпизода (эпизодов) не объясняется шизоаффективным расстройством, шизофренией, шизофреноформным расстройством, бредовым расстройством или другого рода определённого или неопределённого спектра шизофрении и другим психотическим расстройством.

Д. Симптомы депрессии или нарушения поведения, вызванные частым чередованием периодов депрессии и гипомании, вызывают клинически значимые расстройства или ухудшения в социальной, профессиональной или других важных областях деятельности.

Кроме того, в DSM-V приводятся диагностические критерии эпизодов гипомании и депрессии при БАР II.

Типология клинических вариантов биполярного расстройства включает значительное большее, чем представлено в международных классификациях болезней, количество вариантов. Так, R. Yong и соавт. предложили классификацию, состоящую из шести типов биполярного расстройства: депрессия с развернутой манией; гипомания и депрессия; гипомания и депрессивные симптомы; биполярность вторичная по отношению к другому заболеванию или приёму лекарств; большая депрессия с семейной историей биполярного расстройства; униполярная мания [16]. Н. Akiskal и О. Pinto предложили классификацию, включающую уже семь типов биполярного расстройства: депрессия с развёрнутой манией; депрессия с затянувшейся гипоманией; депрессия с гипоманией; циклотимическая депрессия; гипомания, связанная с лечением антидепрессантами; маскированная и немаскированная биполярность, связанная со злоупотреблением стимуляторами; гипертимическая депрессия [17].

Особенности клинических проявлений, динамики симптомов, их специфичности при БАР II типа требуют дальнейшего изучения, поскольку в имеющихся исследованиях звучат лишь попытки разграничения БАР I и II, основанные на оценке степени выраженности маниакального и гипоманиакального синдромов. Имеются данные о том, что депрессивные эпизоды у больных БАР II отличаются большей тяжестью и склонностью к хронификации [18]. Кроме того, в структуре таких депрессий часто наблюдаются психотические симптомы [19]. У многих пациентов с БАР II, особенно у женщин, наблюдаются смешанные эпизоды, когда симптомы депрессии присутствуют во время эпизода гипомании или симптомы гипомании – во время эпизодов депрессии [20, 21]. Смешанные эпизоды могут возникать на любом этапе и ассоциируются с наличием БАР в семейном анамнезе, более ранним возрастом начала заболевания, его большей продолжительностью, а также с ухудшением ответа на лечение и прогноз заболевания [22, 23]. У больных с БАР II депрессия существенно чаще является первым эпизодом заболевания и преобладает в течение болезни над эпизодами гипоманий. Около 5–15% (по некоторым данным до 30%) пациентов с БАР II типа отмечено быстроциклическое течение заболевания, когда в течение года развиваются множественные (4 и более) аффективные эпизоды, что в целом ассоциируется с повышенным риском суицида [24, 25].

Приводятся данные о том, что для депрессивных эпизодов при БАР II характерен высокий уровень психомоторной заторможенности, лабильность эмоций, гиперфагия, сопровождающаяся увеличением массы тела, гиперсомния. Чаще констатируется выраженность суицидальных тенденций. Для БАР II характерно присутствие в клинической картине заболевания тревожно-фобической симптоматики [22, 26].

Особенности течения гипоманиакальных эпизодов представляются наиболее сложными для своевременной диагностики БАР II. Получение информации о гипоманиакальных симптомах, даже если они были в анамнезе, у пациента с депрессией может быть очень сложным. Пациенты могут не вспомнить гипоманиакальные симптомы или могут не знать, что это состояние было болезненным. Многим пациентам нравится повышенная активность и энергия во время гипоманиакальной фазы, и они не считают это патологией [24]. Во время эпизодов гипомании у пациентов отмечаются

Критерии диагностики эпизодов гипомании и депрессии при биполярном аффективном расстройстве II типа

Гипоманиакальный эпизод	Депрессивный эпизод
А. Отчетливый период аномально повышенного, экспансивного или раздражительного настроения и аномально повышенной активности продолжительностью не менее 4 дней подряд большую часть дня. В. В период нарушения настроения и повышенной энергии и активности три (или более) из следующих симптомов сохранялись (четыре, если настроение только раздражительное), заметно отличаясь от обычного поведения, а также проявляясь в значительной степени: 1. Завышенные самооценка или грандиозность. 2. Снижение потребности в сне (например, чувствует себя отдохнувшим после 3 ч сна). 3. Более разговорчивый, чем обычно. 4. Полёт идей или субъективное ощущение, что мысли протекают скачкообразно. 5. Отвлекаемость (т.е. внимание слишком легко переключается на незначительные внешние стимулы). 6. Увеличение целенаправленной деятельности (либо социальной, на работе или в школе, или сексуальной) или психомоторное возбуждение. 7. Чрезмерное участие в таких мероприятиях, которые имеют высокий потенциал болезненных последствий (например, участие в безудержных покупках, кутежах, сексуальных проступках или неразумных денежных инвестициях). С. Этот эпизод связан с заметным изменением в функционировании, что нехарактерно для индивида, если не является симптоматическим. Д. Нарушение настроения и изменения в функционировании замечаются другими. Е. Этот эпизод не является достаточно серьезным, чтобы вызвать заметное ухудшение в социальной или профессиональной деятельности или требовать госпитализации. Если есть психотические признаки, то эпизод, диагностируется как маниакальный. Г. Этот эпизод не может быть отнесен к физиологическим последствиям употребления химических веществ (например, наркотиков, лекарственных веществ и др.).	А. Пять (или более) из следующих симптомов присутствуют в течение 2-недельного периода и указывают на изменения состояния по сравнению с предыдущим функционированием. Одним из симптомов является или (1) подавленное настроение или (2) потеря интереса или удовольствия. 1. Подавленное настроение большую часть дня почти каждый день как субъективное чувство (например, грусть, пустота или безнадежность) или как наблюдения, сделанные другими (например, кажется плаксивым). (Примечание. Дети и подростки могут быть раздражительными). 2. Заметное снижение интереса ко всем или почти всем видам деятельности большую часть дня, почти каждый день. 3. Значительная потеря массы тела без диеты или увеличение её (например, изменение более чем на 5% в месяц) или уменьшение или увеличение аппетита почти каждый день. Считается, что у детей не может быть ожидаемого прироста массы тела. 4. Бессонница или гиперсомния почти каждый день. 5. Психомоторное возбуждение или заторможенность почти каждый день (заметные другим, а не просто как субъективные ощущения беспокойства или замедленности, заторможенности). 6. Усталость или потеря энергии почти каждый день. 7. Чувство бесполезности или чрезмерной и несоответствующей ситуации вины (которое может быть бредовым) почти каждый день (не просто самоупрёк или чувство вины за то, что болен). 8. Сниженная способность мыслить или концентрировать внимание, или нерешительность, почти каждый день (либо как субъективное ощущение, или как наблюдения других). 9. Повторяющиеся мысли о смерти (не просто страх смерти), рецидивирующие суицидальные мысли без определённого плана, попытка самоубийства или конкретный план для совершения самоубийства. В. Симптомы вызывают клинически значимые расстройства и ухудшения в социальной, профессиональной или других важных сферах деятельности. С. Этот эпизод не может быть отнесен к физиологическим последствиям употребления, использования веществ.

повышенное настроение, прилив энергии, активность, общительность, говорливость, панибрательство и сексуальная активность, также присутствует выраженное ощущение благополучия и снижение потребности в сне. В недавних исследованиях с использованием шкалы NCL-32 выявлены восемь наиболее важных элементов, отражающих характеристику гипомании и позволяющих проводить дифференциальную диагностику между БАР и рекуррентное депрессивное расстройство (РДР): снижение потребности в сне, меньшая застенчивость и закомплексованность, говорливость, желание шутить и каламбурить, отвлекаемость, скачка мыслей, раздражение и утомление окружающих, приподнятое и оптимистичное настроение [27, 28].

При исследовании преморбидного фона пациентов с БАР II часто констатировалась высокая чувствительность к стрессовым воздействиям, реакции дезадаптации. По данным И.А. Зражевской, у 92% при общей выборке более 400 пациентов с БАР было выявлено наличие преморбидных особенностей значимо чаще в виде пограничного (не достигающего степени расстройства личности, но соответствующего его описанию), причём у женщин преобладание пограничного типа, а у мужчин – импульсивного [29]. Кроме того, было выявлено влияние преморбидных личностных особенностей на возраст начала заболевания. Так, пограничный и им-

пульсивный тип преморбида пациентов характеризовался более ранним началом БАР [29]. А. Swann и соавт. описали импульсивность как характерологическую особенность больных БАР II, значительно повышающую риск злоупотребления психоактивными веществами и совершения суицидальных попыток [30]. Многими авторами указывается, что специфическим пусковым механизмом для развития БАР II могут быть роды, причём как послеродовая гипомания, так и послеродовая депрессия могут иметь важное прогностическое значение для последующей диагностики БАР II [31].

По мнению G. Carlson и J. Blader, при внимательном изучении историй болезни взрослых людей с биполярными симптомами часто выясняется, что колебания в настроениях начинают отмечаться у них примерно в пубертатном периоде; однако в среднем только через 5–10 лет с момента появления симптомов, когда они уже проявляются в острой форме и становятся ярко выраженными, их удаётся идентифицировать. Лишь после этого ставится диагноз и начинается лечение [32].

Достаточно спорным остаётся вопрос о взаимосвязи расстройств личности и аффективной патологии. В работах Е. Краепелін конституционально-возбуждённый тип психопатии квалифицировался как «первая психопатическая ступень, предрасполагающая к развитию маниакально-депрессивного помешательства» [11].

По мнению А.Б. Смулевича [33], Н. Akiskal и соавт. [34] полагали, что аномалии характера аффективного круга (в частности, депрессивного расстройства личности), с одной стороны, типологически самостоятельны и вместе с тем могут являться частью аффективного процесса и рассматриваться как субклинические, начавшиеся в юношеском возрасте проявления эндогенного заболевания.

Имеются данные о том, что коморбидность аффективных расстройств с личностными расстройствами оказывает негативное влияние на течение аффективного расстройства и обуславливает более раннюю манифестацию (до 29 лет), более тяжёлую симптоматику и увеличение рекуррентности аффективных нарушений, большее число суицидальных попыток [21]. С. Grilo указывает, что отдельные дисфункциональные черты личности снижают эффективность лечения текущей депрессии, уменьшают комплаенс и повышают риск преждевременного прерывания терапии [35].

Многими авторами подчёркивается в той или иной степени выраженная коморбидность БАР II с различного рода заболеваниями, включая пограничные нервно-психические расстройства и болезни зависимости. Однако исследования последних лет (Amerio A. и соавт.) причисляют, например, тревожные расстройства не к спектру коморбидных с БАР заболеваний, а к проявлениям фенотипа [36]. Тем не менее наиболее часто встречаются паническое расстройство, изолированные фобии, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство. В исследовании LiTMUS существенная соматическая коморбидность выявлена у 53% пациентов с БАР I и БАР II, ожирение – у 69%. БАР I и БАР II лидируют среди всех других заболеваний по показателям смертности, которая связана не только с повышенной частотой суицидов, но и с соматической коморбидностью, особенно сердечно-сосудистой [37, 38].

Особого внимания при изучении БАР II заслуживают социальные последствия, возникающие вследствие специфичности симптоматики расстройства. Одни из них – суицидальное поведение, которое также может выступать в качестве дифференциально-диагностического критерия между БАР I и БАР II. С. Bulik и соавт. сообщают о высоком риске совершения самоубийства у пациентов с биполярным расстройством II типа. Они обнаружили большую частоту биполярного расстройства II типа (19%) среди пациентов с депрессией, предпринявших суицидальную попытку, чем среди пациентов с депрессией, не совершавших суицидальной попытки (9%) [39]. Однако по мнению S. Ghaemi и соавт., результаты отдельных исследований относительного риска совершения самоубийства пациентами с биполярным расстройством I и II типа до некоторой степени не сопоставимы. Частично это можно объяснить различиями в изучаемых популяциях: в двух исследованиях наблюдались только стационарные больные, а в третьем исключались пациенты с сопутствующим употреблением психоактивных веществ или тревожным расстройством. В исследованиях, в которых изучалось завершённое самоубийство, только в двух выделялись выборки пациентов с биполярным расстройством I и II типа, а также с униполярной депрессией. В одном исследовании у 46 из 100 последовательно отобранных жертв самоубийства было диагностировано биполярное расстройство II ти-

па, биполярное расстройство I типа – только у одного, а униполярная депрессия – у 53. В шведской выборке, состоящей из 25 жертв самоубийства, у девяти было биполярное расстройство II типа, у двоих – биполярное расстройство I типа и у 14 – униполярная депрессия. Поскольку биполярное расстройство II типа встречается в популяции гораздо реже, чем униполярная депрессия, эти данные свидетельствуют о явном повышении риска совершения самоубийства среди пациентов с биполярным расстройством II, а не I типа [40].

Одним из объяснений частых попыток самоубийства среди пациентов с биполярным расстройством II типа может быть то, что данное заболевание часто не диагностируется и как следствие эффективно не лечится. S. Ghaemi и соавт. показали, что из 85 пациентов, которые были осмотрены после первого маниакального или гипоманиакального эпизода, у 31 (37%) диагноз биполярного расстройства не был установлен [40].

Помимо суицидального поведения отмечено, что многие пациенты с биполярным расстройством более подвержены негативным психосоциальным явлениям по сравнению с общей популяцией (в 2–3 раза выше частота разводов, проблем, связанных с профессиональной деятельностью, а также в 5 раз выше вероятность совершения преступлений) [41].

Ожидаемая продолжительность жизни у больных БАР меньше, чем у населения в целом на 11–20 лет, период трудоспособности – на 14 лет [42].

J. Angst и соавт. сообщали о выявлении значимой взаимосвязи между биполярным расстройством II типа и тревожным расстройством в популяционной выборке [43]. Кроме того, угнетение или сдерживание темперамента, которое характеризует социальную фобию и обсессивно-компульсивное расстройство, находится на одном конце континуума, а на другом – расторможенное поведение, характерное для гипоманиакального состояния при биполярном расстройстве II типа.

По мнению зарубежных и отечественных исследователей наиболее трудным представляется выявление гипоманиакальных фаз, особенно ретроспективное. Использование скрининговых опросников, структурированных диагностических интервью и квантифицированных оценочных шкал может служить дополнительным вспомогательным инструментом, позволяющим быстро определить тактику и стратегию диагностического поиска, не подменяя критерии официально принятых диагностических систем. Такими инструментами для выявления БАР являются опросники Mood Disorder Questionnaire (MDQ), Hypomania Checklist (HCL-32) и шкала Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS) [43, 46, 47]. Опросник расстройств настроения Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS) является скрининговым инструментом для выявления расстройств биполярного спектра. Результатом оценки по этой шкале является указание на степень вероятности существования БАР в следующих градациях: весьма маловероятно, имеется низкая вероятность, средняя степень вероятности, высокая степень вероятности. Пациентам, у которых по оценке BSDS установлено вероятное наличие БАР, необходимо провести полное клиническое обследование и анализ соответствия критериям МКБ-10 симптоматики, выявленной в текущем статусе и анамнезе [47]. Hypomania Checklist (HCL-32) – самоопросник, основной целью которого является выявление симптомов гипомании в анамнезе пациента [10, 43]. Он позволяет идентифици-

ровать пациентов с БАР II среди больных, которым по ошибке поставлен или может быть поставлен диагноз РДР. Апробация версий этого опросника в различных странах показала его высокую чувствительность в дифференциации БАР и РДР наряду с краткостью и простотой использования, что позволило исследователям рекомендовать HCL-32 для применения со скрининговой целью в медицинской практике [4].

Обобщая изложенное выше, следует отметить, что у больных, страдающих БАР II, заболевание длительное время остаётся нераспознанным, при этом биполярная депрессия чаще всего неверно диагностируется как монополярная. Следствием этого может явиться неадекватная терапия таких пациентов. Освоение и использование дополнительных скрининговых опросников и оценочных шкал как врачами-психиатрами, так и врачами общей медицинской практики, возможно, будет способствовать своевременному распознаванию аффективных расстройств биполярного спектра.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 1-3, 5-21, 24-26, 30-32, 34-47 см. References)

4. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства. *Современная терапия психических расстройств*. 2014; (2): 2-14.
22. Барденштейн Л.М., Славгородский Я.М. Место биполярной депрессии в современных классификациях болезней и проблема ее распознавания. *Психическое здоровье*. 2013; 11(7): 27-30.
23. Барденштейн Л.М. Биполярное аффективное расстройство. *Российский медицинский журнал*. 2009; 15(2): 50-3.
27. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Принципы и инструменты диагностики биполярного аффективного расстройства как основа рациональной фармакотерапии. *Современная терапия психических расстройств*. 2015; (2): 2-10.
28. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством. *Современная терапия психических расстройств*. 2014; (3): 2-7.
29. Зражевская И.М. *Биполярное аффективное расстройство (клинико-динамические, клинико-прогностические закономерности и аспекты психофармакотерапии)*: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Томск; 2010.
33. Смулевич А.Б. *Психопатология личности и коморбидных расстройств*: Учебное пособие. М.: Медпресс-информ; 2009.
5. MacQueen G.M., Young L.T. Bipolar II Disorder: symptoms, course and response to treatment. *Psychiatr. Serv.* 2001; 52(3): 358-61.
6. Viguera A.C., Baldessarini R.J., Tondo L. Response to lithium maintenance treatment in bipolar disorders: comparison of men and women. *Bipolar. Disord.* 2001; 3(5): 245-52.
7. Baldessarini R.J., Bolzani L., Cruz N. Onset-age of bipolar disorders at six international sites. *J. Affect. Dis.* 2010; 121(1-2): 143-6.
8. Brugue E., Colom F., Sanchez-Moreno J., Cruz N., Vieta E. Depression subtypes in bipolar I and II disorders. *Psychopathology*. 2008; 41(2): 111-4.
9. Benazzi F. Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*. 2007; 21(9): 727-40.
10. Wilde A., Chan H.N., Rahman B., Meiser B., Mitchell P.B., Schofield P.R. et al. A meta-analysis of the risk of major affective disorder in relatives of individuals affected by major depressive disorder or bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 2014; 158: 37-47.
11. Kraepelin E. *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Edinburgh: E.&S. Livingstone; 1921.
12. Dunner D.L., Stallone F., Fieve R.R. Lithium carbonate and affective disorders. V. A double-blind study of prophylaxis of depression in bipolar illness. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1976; 33: 117-20.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1982.
14. American Psychiatric Association. *«Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
16. Young R.C., Biggs J.T., Ziegler V.E., Meyer D.A. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br. J. Psychiatry*. 1978; 133: 429-35.
17. Akiskal H.S., Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1999; 22(3): 517-34.
18. Judd L.L., Akiskal H.S. Depressive episodes and symptoms dominate the longitudinal course of bipolar disorder. *Curr. Psychiatry Rep.* 2003; 5(6): 417-18.
19. McIntyre R.S. Improving the early recognition and diagnosis of bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 2014; 75(2): 103-10.
20. Baldessarini R.J., Tondo L., Visoli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr. Scand.* 2014; 129(5): 383-92.
21. Ostacoli L., Zuffranieri M., Cavallo M., Zennaro A., Rainero I., Pinessi L. et al. Age of Onset of Mood Disorders and Complexity of Personality Traits. *ISRN Psychiatry*. 2013; 2013: 246358.
22. Bardenshteyn L.M., Slavgorodskiy Ya.M. Place bipolar depression in modern classifications of diseases and the problem of its recognition. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2013; 11(7): 27-30. (in Russian)
23. Bardenshteyn L.M. Bipolar affective disorder. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal*. 2009; 15(2): 50-3. (in Russian)
24. Coryell W., Fiedorowicz J., Leon A.C., Endicott J., Keller M.B. Age of onset and the prospectively observed course of illness in bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 2013; 146(1): 34-8.
25. Suppes T., Leverich G.S., Keck P.E., Nolen W.A., Denicoff K.D., Altshuler L.L. et al. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J. Affect. Disord.* 2001; 67(1-3): 45-59.
26. Himmelfoch J.M. Social anxiety, hypomania, and the bipolar spectrum: data, theory, and clinical issues. *Journal of Affective Disorders*. 1998; 50(2-3): 203-13.
27. Kostyukova E.G., Mosolov S.N. Principles and tools for diagnosis of bipolar affective disorder as a basis for rational pharmacotherapy. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv*. 2015; (2): 2-10. (in Russian)
28. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostyukova E.G., Shafarenko A.A., Alfimov P.V., Kostyukova A.B. A formal diagnosis of bipolar affective disorder in patients with paroxysmal schizophrenia and schizoaffective disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv*. 2014; (3): 2-7. (in Russian)
29. Zrazhevskaya I.M. *Bipolar affective disorder (clinical-dynamic, clinical and prognostic patterns and aspects of pharmacotherapy)*: Diss. Tomsk; 2010. (in Russian)
30. Swann A.C., Lijffijt M., Lane S.D., Steinberg J.L., Moeller F.G. Interactions between bipolar disorder and antisocial personality disorder

- der in trait impulsivity and severity of illness. *Acta Psychiatr. Scand.* 2010; 121(6): 453-61.
31. Sharma V., Burt V.K. DSM-V: modifying the postpartum-onset specifier to include hypomania. *Arch. Women's Ment. Health.* 2011; 14(1): 67-9.
 32. Carlson G.A., Blader J.C. Diagnostic implications of informant disagreement for manic symptoms. *J. Child. Adolesc. Psychopharmacol.* 2011; 21(5): 399-405.
 33. Smulevich A.B. *Psychopathology of Personality and Comorbid Disorders: Textbook Allowance [Psikhopatologiya lichnosti i komorbidnykh rasstroystv: Uchebnoe posobie]*. Moscow: Medpress-inform; 2009. (in Russian)
 34. Akiskal H.S., Kilzieh N., Maser J.D., Clayton P.J., Schettler P.J., Traci Shea M. et al. The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. *J. Affect. Disord.* 2006; 92(1): 19-33.
 35. Grilo C.M. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *J. Clin. Psychiatr.* 2010; 71(12): 1629-35.
 36. Amerio A., Odone A., Liapis C.C., Ghaemi S.N. Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr. Scand.* 2014; 129(5): 343-58.
 37. Calkin C.V., Gardner D.M., Ransom T., Alda M. The relationship between bipolar disorder and type 2 diabetes: More than just co-morbid disorders. *Ann. Med.* 2013; 45(2): 171-81.
 38. Laursen T.M., Munk-Olsen T., Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One.* 2011; 6(9): e24597
 39. Bulik C.M., Carpenter L.L., Kupfer D.J. et al. Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *J. Affect. Disord.* 1990; 18(1): 29-37.
 40. Ghaemi S.N., Bohman E.E., Goodwin F.K. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. *J. Clin. Psychiatr.* 2000; 61(10): 804-8.
 41. Kemp D.E., Sylvia L.G., Calabrese J.R., Nierenberg A.A., Thase M.E., Reilly-Harrington N.A. et al. General medical burden in bipolar disorder: findings from the LiTMUS comparative effectiveness trial. *Acta Psychiatr. Scand.* 2013; 129(1): 24-34.
 42. Hirschfeld R.M., Cass A.R., Holt D.C.L., Carlson C.A. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. *J. Am. Board Fam. Pract.* 2005; 18(4): 233-9.
 43. Angst J., Adolfsson R., Bennazzi F., Gamma A., Hantouche E., Meyer T.D. et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J. Affect. Dis.* 2005; 88(22): 217-33.
 44. Akiskal H.S., Benazzi F. Optimizing the detection of bipolar II disorder in outpatient private practice: toward a systematization of clinical diagnostic wisdom. *J. Clin. Psychiatry.* 2005; 66(7): 914-21.
 45. Akiskal H.S. Switching from "unipolar" to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1995; 52: 114-23.
 46. Hirschfeld R.M.A., Williams J.B., Spitzer R.L., Calabrese J.R., Flynn L., Keck P.E. et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am. J. Psychiatry.* 2000; 157(11): 1873-5.
 47. Vázquez G.H., Romero E., Fabregues F., Pies R., Ghaemi N., Mota-Castillo M. Screening for bipolar disorders in Spanish-speaking populations: Sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale-Spanish Version. *Compr. Psychiatry.* 2010; 51(5): 552-6.

Поступила 20.01.18
Принята к печати 20.03.18