

В. Ю. Федченко

ПИТАННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ II ТИПУ

В. Ю. Федченко

Вопросы ранней диагностики биполярного аффективного расстройства II типа

V. Yu. Fedchenko

Early diagnosis of bipolar II disorder

Матеріали статті присвячені дослідженню можливостей раннього виявлення біполярного афективного розладу (БАР) II типу за допомогою скринінгового опитувальника у пацієнтів з діагностованою дистимією. Розглянуті причини пізньої діагностики розладів біполярного спектра, труднощі виявлення епізодів гіпоманії, наслідки некоректної діагностики, скринінгові системи для раннього виявлення БАР. Обґрунтовано ефективність використання Шкали діагностики біполярного спектра (The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, BSDS) для встановлення ймовірності наявності БАР у пацієнтів з дистимією. Показники, отримані за шкалою BSDS, свідчать, що в 27,78 % хворих з дистимією виявлена помірна ймовірність розладів біполярного спектра, у 16,67 % пацієнтів цієї категорії — низька ймовірність та в 8,33 % обстежених — висока ймовірність. При цьому встановлено, що висока та помірна ймовірність розладів біполярного спектра асоційовані з раннім початком дистимії ($r = 0,421$ та $r = 0,396$ відповідно).

Ключові слова: розлади біполярного спектра, біполярний афективний розлад II типу, дистимія, скринінгові опитувальники

Матеріали статті присвячені дослідженню можливостей раннього виявлення біполярного афективного розладу (БАР) II типу з допомогою скринінгового опросника у пациентов с диагностированной дистимией. Рассмотрены причины поздней диагностики расстройств биполярного спектра, трудности выявления эпизодов гипомании, последствия некорректной диагностики, скрининговые системы для раннего выявления БАР. Обоснована эффективность использования Шкалы диагностики биполярного спектра (The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, BSDS) для установления вероятности наличия БАР у пациентов с дистимией. Показатели, полученные по шкале BSDS, свидетельствуют, что у 27,78 % больных с дистимией выявлена умеренная вероятность расстройств биполярного спектра, у 16,67 % пациентов этой категории — низкая вероятность и у 8,33 % обследованных — высокая вероятность. При этом установлено, что высокая и умеренная вероятность расстройств биполярного спектра ассоциированы с ранним началом дистимии ($r = 0,421$ и $r = 0,396$ соответственно).

Ключевые слова: расстройства биполярного спектра, биполярное аффективное расстройство II типа, дистимия, скрининговые опросники

The materials of the article are devoted to the study of the possibilities of early detection of bipolar affective disorder (BAD) type II using a screening questionnaire in patients diagnosed with dysthymia. The reasons of late diagnosis of bipolar spectrum disorders, difficulties in detecting episodes of hypomania, consequences of incorrect diagnosis, screening systems for early detection of BAD are considered. The effectiveness of using The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS) to establish the possibility of BAD in patients with dysthymia has been substantiated. Indicators obtained by the BSDS scale show that 27.78 % of patients with dysthymia have a moderate probability of bipolar spectrum disorders, 16.67 % of patients in this category — low probability and 8.33 % of subjects — high probability. It was found that a high and moderate probability of bipolar spectrum disorders is associated with the early onset of dysthymia ($r = 0.421$ and $r = 0.396$, respectively).

Key words: bipolar spectrum disorders, bipolar affective disorder type II, dysthymia, screening questionnaires

Біполярний афективний розлад (БАР) є складною психічною патологією, що виступає однією з провідних причин порушення функціонування і непрацездатності населення у віці від 15 до 44 років [1]. DSM-5 виокремлює два типи цього розладу (БАР I типу і БАР II типу), відмінності між якими полягають в тривалості та вираженості афективних фаз [2]. Американське національне дослідження коморбідності психічних розладів ($n = 9282$) показало, що поширеність БАР протягом життя і протягом останнього року становить для БАР I і II типу — 3,9 % і 2,6 % відповідно [3]. В реальності клінічна картина БАР характеризується поліморфізмом проявів і має в своєму складі змішані фази настрою, постійну емоційну нестабільність та когнітивну дисфункцію [4].

Проблема своєчасної діагностики БАР в цей час є досить важливою, як і раніше зберігають свою актуальність подальші дослідження в сфері розробки нових, поліпшення і підвищення ефективності наявних інструментів скринінгу розладів біполярного спектра [5]. Згідно з результатами епідеміологічних досліджень, правильний діагноз БАР своєчасно встановлюють лише у 20 % пацієнтів, тоді як 35 % хворих спостерігаються з іншим діагнозом в середньому протягом 10 років [6].

Наслідки діагностичних помилок включають в себе погіршення перебігу захворювання, підвищений ризик суїциду, алкоголізму, зловживання психоактивними речовинами, вчинення протиправних дій і ведуть до значних економічних витрат системи охорони здоров'я [7, 8].

Особливі труднощі становить виявлення епізодів гіпоманії, тому діагностичні помилки трапляються у більшості хворих на БАР II типу, у 60 % яких до встановлення правильного діагнозу відбувається зміна трьох-чотирьох діагнозів, при цьому провідні позиції серед первинних діагнозів займає рекурентний депресивний розлад [9, 10]. Гіподіагностика БАР-II може досягати серйозного масштабу: наприклад, серед амбулаторних хворих на депресію один з двох, можливо, страждає на БАР-II [11]. Є дані, згідно з якими, при 20-річному спостереженні за 406 пацієнтами з уніполярною депресією зміна діагнозу на БАР I типу становила приблизно 1 % пацієнтів на рік і на БАР II типу — 0,5 % на рік [12].

Причинами пізньої діагностики розладів біполярного спектра можуть бути досить різноманітні чинники. Наприклад, найчастіше БАР починається з депресивної фази і формально, відповідно до вимог сучасних класифікаційних систем, діагноз БАР можливо встановити тільки після появи гіпоманії, манії або змішаного епізоду. У літературі, присвяченій проблемі своєчасної

діагностики БАР, думки щодо можливості трактування вже першого депресивного епізоду як біполярної депресії при формальній відсутності в анамнезі конкретного пацієнта гіпоманіакального, маніакального або змішаного епізоду, полярно розподілені [13].

Деякі науковці вважають, що з клінічної точки зору біполярна депресія практично не відрізняється від уніполярної депресії [13]. Наявні на сьогодні дані низки досліджень підтверджують, що вже при першому або декількох депресивних епізодах у конкретного пацієнта при певному поєднанні клініко-анамнестичних, клініко-динамічних і терапевтичних змінних (індикатори біполярності при формальній наявності уніполярної депресії) можна говорити про високу ймовірність БАР, що в кінцевому підсумку позначається на стратегії проведеного лікування в кожному конкретному випадку [14].

Компромісним варіантом до дискретного способу діагностики монополярної і біполярної депресії слугує так званий ймовірнісний підхід до діагностики БАР [15], згідно з яким в клінічній практиці можлива констатація більшої ймовірності діагнозу БАР-I за наявності не менш як 5 таких ознак: гіперсомнія і/або збільшена дрімота в денний час, гіперфагія та/або збільшення ваги, інші «атипові» депресивні симптоми типу «свинцевий параліч», психомоторна ретардація, психотичні симптоми і/або патологічна вина, нестійкість настрою / маніакальні симптоми, ранній початок першої депресії (< 25 років), багаторазові попередні епізоди депресії (≥ 5 епізодів), наявність в історії сім'ї випадків БАР. Велика ймовірність діагнозу уніполярної депресії констатується при наявності не менш як 4 таких ознак: ініціальна інсомнія / зменшений сон, втрата апетиту і/або ваги, нормальний або збільшений рівень активності, соматичні скарги, більш пізній початок першої депресії (старше 25 років), довга тривалість поточної епізоду (> 6 місяців), відсутність в історії сім'ї випадків БАР.

Іншим важливим аспектом в проблемі ранньої діагностики розладів біполярного спектра є складність виявлення гіпоманії в повсякденній клінічній і амбулаторній психіатричній практиці. Причинами цього, на думку фахівців [16], також може бути цілий комплекс чинників: домінування депресії при БАР-II, пацієнти мають тенденцію шукати допомогу тільки під час депресивних епізодів, лікарі традиційно дотримуються критеріїв діагностики БАР на основі виявлення манії і можуть бути не уважні до більш тонких клінічних змінних на тлі поточної депресії; більшість клініцистів набагато краще оцінюють депресивні симптоми, ніж гіпоманіакальні; депресивні когнітивні порушення пацієнтів зменшують ймовірність спогадів про гіпоманію; страждає розуміння хвороби; недостатнє врахування важливості об'єктивної інформації (залучення родичів збільшує ймовірність правильної діагностики БАР); висока коморбідність, особливо з розладами особистості, тривожними й аддиктивними порушеннями [17].

Окремим питанням залишається гіподіагностика «малих форм» БАР в бік депресивних розладів та ситуативних стресових реакцій. Зокрема, за результатами Цюріхського дослідження поширеність афективних розладів так званого «м'якого біполярного спектра» (*soft bipolar spectrum*) становить 23,7 %, з яких 11 % —

власне рівень біполярного розладу, 13 % — ймовірно, більш м'які прояви біполярності, які часто не потрапляють в поле зору служби охорони здоров'я [18].

На думку окремих дослідників, відмінність між БАР-II і БАР-I не є чіткою, і до кола розладів біполярного спектра можна віднести БАР-I, БАР-II, циклотимію і БАР, не класифіковані в інший спосіб (наприклад, БАР з дуже швидкими циклами і рецидивні гіпоманії), гіпоманії, індуковані прийманням антидепресанту/речовини (*antidepressant / substance-associated hypomania*), або БАР-III, циклотимічний темперамент, уніполярну змішану депресію і часто повторювану уніполярну депресію [11]. Хоча концепція розширеного біполярного спектра набула великого поширення в останні роки, треба відзначити, що ця сфера досліджень залишається спірною.

Роль преморбідного фону у формуванні біполярного розладу описана ще в роботах Е. Крепеліна, де вивчено співвідношення афективних фаз і конституціональних властивостей, що включають характеристики особистості [19]. Н. S. Akiskal (1992) запропонував схему субафективних розладів, де вказані три варіанти передхворобливих станів: субафективний дистимічний розлад, субафективний циклотимічний розлад і субафективний пограничний розлад [20]. Пізніше Н. S. Akiskal (2006) визначив більш складну мультикаузальну схему, де описані «афективні особистісні риси» стали розглядати як «розлади темпераменту», що опосередковують фактори біологічного ризику за клінічними формами афективних розладів [21]. В цьому сенсі особливої уваги потребує дистимія, при якій, зокрема, ймовірність розвитку епізоду великої депресії досягає 95 % [22].

Некоректна діагностика БАР призводить до неадекватної терапевтичної тактики, призначення антидепресантів, зокрема трициклічних, на тривалий термін, що може погіршувати прогноз. Використання скринінгових опитувальників, структурованих діагностичних інтерв'ю й оціночних шкал може бути додатковим допоміжним інструментом, що дозволяє швидко визначити тактику і стратегію діагностичного пошуку, не підміняючи критерії офіційно прийнятих діагностичних систем для раннього виявлення БАР, особливо гіпоманіакальних фаз при БАР II типу. Такими інструментами для виявлення БАР є опитувальники Mood Disorder Questionnaire (MDQ), запропонований R. M. Hirschfeld (2000), Hypomania Checklist (HCL-32), розроблений J. Angst (2005) і шкала Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS), створена S. N. Ghaemi (2005) [23—25].

Більшість рейтингових шкал (наприклад, шкала депресії Гамільтона — HDRS, шкала Монтгомері — Асберга — MADRS), що вимірюють представленість і важкість симптомів поточної депресії, не здатні виявити деякі ключові симптоми біполярної депресії: наприклад, змішані й атипові симптоми [26]. Рутинна клінічна практика потребує наявності стандартизованих шкал для оцінки симптоматики біполярної депресії, зокрема скринінгового характеру [27].

Шкала діагностики біполярного спектра (BSDS) являє собою описову історію (вперше створену Ronald'ом Pies'ом), яка поряд з проявами депресії враховує і симптоми гіпоманії/манії. Якщо пацієнт погоджується із будь-якою пропозицією з запропонованої історії, то це оцінюється в 1 бал. Сумарний бал

BSDS може бути в діапазоні від 0 до 25 (перша частина опитувальника містить 19 запитань, у другій частині пацієнт повинен позначити ступінь, в якому твердження з першої частини відповідають особистому досвіду пацієнта: 0—6 балів). Після проведення циклу досліджень щодо валідації цього опитувальника виявилось, що оптимальним скринінговим порогом є сумарний бал від 13 балів. BDSDS дозволяє виявити не тільки випадки виразного біполярного розладу, але і пацієнтів, які потрапляють в реєстр так званих «розладів м'якого біполярного спектра». Пацієнтам, у яких за оцінкою BDSDS встановлена ймовірна наявність БАР, треба провести повне клінічне обстеження й аналіз відповідності критеріям МКБ-10 симптоматики, виявленої в поточному статусі та анамнезі [24].

Метою дослідження стало вивчення можливостей раннього виявлення БАР II типу за допомогою скринінгового опитувальника у пацієнтів з діагностованою дистимією.

В дослідженні взяли участь 36 пацієнтів (середній вік — 36,78 ± 7,41 років) з дистимією, діагноз (F34.1) був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10. Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, на базі шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [28], шкали депресії Центру епідеміологічних досліджень (CES-D) [28] та шкали діагностики біполярного спектра (BSDS) [24]; методи математичної статистики.

Під час дослідження проведений ретельний аналіз анамнезу захворювання. Варто зазначити, що до групи обстежених були включені хворі на дистимію з раннім (до 30 років) та пізнім (після 30 років) початком, відповідно до МКХ-10, і тривалістю захворювання не менше як 2 роки. Отримані дані наведені у таблиці 1.

Таблиця 1. Анамнестичні особливості перебігу дистимії в обстежених

Показник, який оцінюється	Абсолютна кількість (n = 36)	% ± m %
Початок розладу:		
— ранній (до 30 років)	24	66,67 ± 7,97
— пізній (після 30 років)	12	33,33 ± 7,97
Тривалість розладу:		
— від 2 до 5 років	18	50,00 ± 8,45
— від 6 до 10 років	4	11,11 ± 5,31
— більше 10 років	14	38,89 ± 8,24

У більшості частини обстежених хворих відзначався ранній початок розладу в віці до 30 років (66,67 % осіб), у 33,33 % осіб зареєстрований більш пізній розвиток афективної патології — після 30 років. При цьому у половині випадків тривалість розладу за анамнезом становила від 2 до 5 років (50,00 % осіб), у значній кількості обстежених тривалість розладу складала понад 10 років (38,89 % осіб). Тривалість розладу від 6 до 10 років спостерігалася у 11,11 % осіб.

Слід зазначити, що до групи обстежених увійшли хворі на первинну та «чисту» дистимію, що не була пов'язана з попередніми іншими психічними розладами

та не супроводжувалась більш вираженими та чіткими депресивними епізодами. При цьому на сучасному етапі дистимія являє собою різномірну за походженням групу уніполярних афективних розладів, що характеризуються особистісними компонентами та поведінкою, притаманними депресивним розладам.

Під час оцінювання клінічної картини дистимії приділялась увага вивченню усього спектра клініко-психопатологічних проявів уніполярного афективного розладу.

Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра у хворих на дистимію характеризувалась наявністю афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних та соматичних порушень. Зокрема, аналіз результатів дослідження свідчить про те, що в усіх 100,00 % обстежених хворих провідним симптомом був пригнічений настрій. Серед мотиваційно-вольових проявів найчастіше спостерігалось зменшення активності та ініціативи (83,33 %) та зниження зацікавленості (77,78 %), а в структурі когнітивних порушень — зниження концентрації уваги (80,56 %) та психічна виснаженість (75,00 %). Психомоторні порушення в групі обстежених були представлені в окремих випадках ретардацією (16,67 %), соматичні — переважно млявістю та зниженням енергії (88,89 %), фізичною стомлюваністю (77,78 %) та розладами сну (72,22 %).

За шкалою HDRS було встановлено, що середнє значення балів у групі обстежених хворих становило (14,63 ± 1,40) балів. Детальний аналіз середнього значення балів за пунктами шкали HDRS (наведений на рис. 1) свідчить, що найбільші показники у хворих на дистимію до терапії визначалися за такими пунктами: 1 — Депресивний настрій ((2,06 ± 0,41) балів), 11 — Соматична тривога ((1,39 ± 0,55) балів), 10 — Психічна тривога ((1,65 ± 0,47) балів), 7 — Робота та діяльність ((1,57 ± 0,53) балів), 13 — Загальні соматичні симптоми (зокрема, відчуття втрати енергії або занепаду сил) ((1,06 ± 0,34) балів).

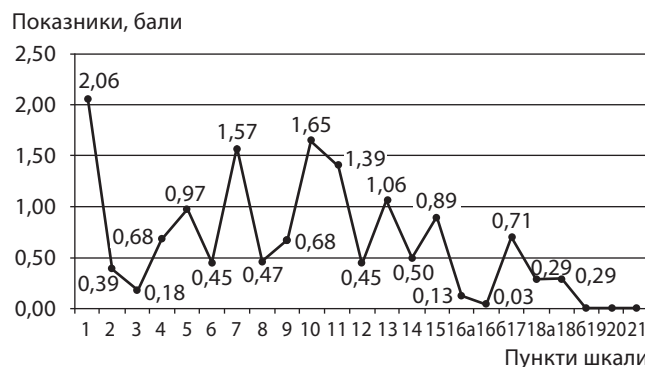


Рис. 1. Показники шкали HDRS у хворих на дистимію

Умовні позначення пунктів шкали:

- 1 — Депресивний настрій; 2 — Почуття провини; 3 — Суїцидальні наміри; 4 — Інсомнія рання; 5 — Інсомнія середня; 6 — Інсомнія пізня; 7 — Робота та діяльність; 8 — Загальмованість; 9 — Ажитація; 10 — Психічна тривога; 11 — Соматична тривога; 12 — Шлунково-кишкові соматичні симптоми; 13 — Загальні соматичні симптоми; 14 — Генітальні симптоми; 15 — Іпохондричні розлади; 16a — Втрата ваги за анамнезом; 16b — Втрата ваги фактична; 17 — Критичність; 18a — Добові коливання; 18b — Добові коливання ступінь; 19 — Деперсоналізація та дереалізація; 20 — Параноїдні симптоми; 21 — Обсесивні та компульсивні симптоми

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей хворих на дистимію був доповнений шкалою депресії Центру епідеміологічних досліджень (CES-D). Шкала CES-D належить до суб'єктивних та призначена для виявлення та оцінки важкості депресії. При цьому необхідно враховувати, що шкала CES-D є інструментом самодіагностики і відображає сприйняття обстеженими власної хвороби та, як наслідок, особистісної змінності.

Зокрема, було встановлено, що більша частина обстежених хворих на дистимію адекватно оцінювали свій стан на рівні «субдепресивного» розладу (58,33 % осіб). Показники норми, що відповідають відсутності депресивної симптоматики, відзначалися у 13,89 % осіб та свідчили про суб'єктивну недооцінку важкості свого стану у цієї категорії хворих. При цьому у 27,78 % обстежених хворих зареєстровані показники депресивного розладу «середнього»/«тяжкого» ступенів важкості, що свідчило, відповідно, про суб'єктивну переоцінку важкості свого стану. Середні значення балів за шкалою CES-D у групі обстежених хворих для показників норми, субдепресивного розладу та розладів середнього/тяжкого ступенів важкості становили 11,82 балів, 22,16 балів та 31,91 балів відповідно.

Більш детальний аналіз середнього значення балів за пунктами шкали CES-D наведено на рисунку 2.

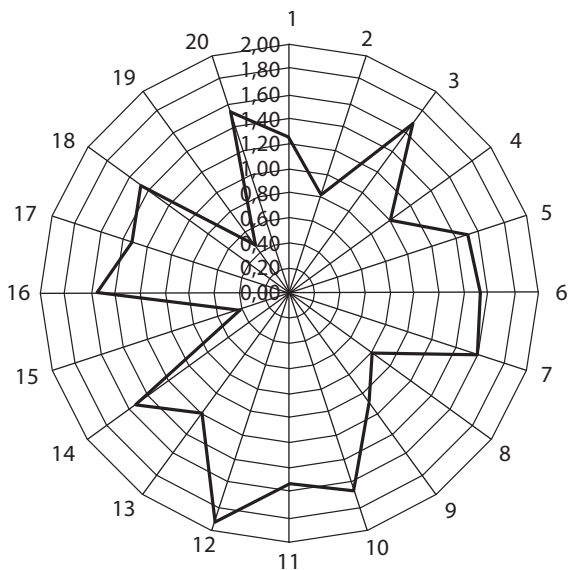


Рис. 2. Середні значення балів за пунктами шкали CES-D у хворих на дистимію

Умовні позначення пунктів шкали:

- 1 — Я нервую з приводу того, що раніше мене не турбувало;
- 2 — Я не отримую задоволення від їжі, у мене поганий апетит;
- 3 — Не дивлячись на допомогу друзів та членів моєї родини, мені не вдається позбутися почуття туги;
- 4 — Мені здається, що я не гірший за інших;
- 5 — Мені важко сконцентруватися на тому, чим доводиться займатися;
- 6 — Я відчуваю пригніченість;
- 7 — Все, що я роблю, вимагає від мене додаткових зусиль;
- 8 — Я сподіваюся на хороше майбутнє;
- 9 — Мені здається, що моє життя склалося невдало;
- 10 — Я відчуваю занепокоєння, страхи;
- 11 — У мене поганий нічний сон;
- 12 — Я починаю себе щасливою людиною;
- 13 — Мені здається, що я став менше говорити;
- 14 — Мене турбує почуття самотності;
- 15 — Оточуючі налаштовані недружно щодо мене;
- 16 — Життя приносить мені задоволення;
- 17 — Я легко можу заплакати;
- 18 — Я відчуваю смуток, нудьгу;
- 19 — Мені здається, що люди мене не люблять;
- 20 — У мене немає сил та бажання починати будь-що робити

Найбільші показники у хворих на дистимію відзначалися за такими пунктами: 12 — «Я не почуваю себе щасливою людиною» ((1,94 ± 0,70) балів), 3 — «Не дивлячись на допомогу друзів та членів моєї родини, мені не вдається позбутися почуття туги» ((1,68 ± 0,63) балів), 10 — «Я відчуваю занепокоєння, страхи» ((1,66 ± 0,54) балів), 7 — «Все, що я роблю, вимагає від мене додаткових зусиль» ((1,58 ± 0,51) балів).

В результаті клініко-психопатологічного обстеження та об'єктивної оцінки клінічної структури дистимії за допомогою шкали депресії Гамільтона (HDRS) виокремлені провідні синдромокомплекси, що притаманні ранній та пізній маніфестації розладу (табл. 2).

Таблиця 2. Провідні синдромокомплекси при дистимії з раннім та пізнім початком

Синдромокомплекс	Ранній початок (n = 20)	Пізній початок (n = 16)
Депресивний	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00
Астенічний	85,00 ± 6,04	81,25 ± 6,60
Апатичний	70,00 ± 7,75*	37,50 ± 8,18*
Тривожно-фобічний	45,00 ± 8,41*	75,00 ± 7,32*
Соматовегетативний	40,00 ± 8,28*	68,75 ± 7,83*
Іпохондричний	40,00 ± 8,28*	12,50 ± 5,59*

Примітка. Тут і далі показники наведено у форматі (% ± m %). * — відмінності вірогідні при p < 0,05

У хворих на дистимію обох груп структура проявів синдромокомплексів мала ідентичний характер, проте вони різною мірою були представлені в клінічній картині. Зокрема, в клінічній картині дистимії з раннім початком переважали депресивний (100,00 % осіб), астенічний (85,00 % осіб) та апатичний (70,00 % осіб) синдромокомплекси. При цьому тривожно-фобічний, соматовегетативний та іпохондричний синдромокомплекс спостерігалися відповідно у 45,00 %, 40,00 % і 40,00 % осіб.

Виявлено, що в клінічній картині дистимії з більш пізнім початком також переважали депресивний (100,00 % осіб) та астенічний (81,25 % осіб) синдромокомплекси. При цьому у значній кількості обстежених хворих відзначалися тривожно-фобічний (75,00 % осіб) та соматовегетативний (68,75 % осіб) синдромокомплекси. Апатичний та іпохондричний синдромокомплекс зареєстровані відповідно у 37,50 % та 12,50 % осіб.

Встановлено, що дистимії з раннім початком вірогідно більше притаманні апатичний та іпохондричний синдромокомплекси (p < 0,05), тоді як дистимії з більш пізнім початком — тривожно-фобічний та соматовегетативний синдромокомплекси (p < 0,05).

З метою можливого раннього виявлення БАР застосовано скринінгову методику — шкалу діагностики біполярного спектра (BSDS). Ця шкала поряд з проявами гіпоманії/манії враховує також симптоми депресії. За її допомогою вдається виявити не тільки чіткі симптоми виразного біполярного розладу, але й пацієнтів, які належать до реєстру так званого «малого спектра біполярних розладів». Ця шкала надає можливість встановити ймовірність розладу біполярного спектра в діапазоні від малої ймовірності до високої (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл ймовірності розладів біполярного спектра у хворих на дистимію за показниками BSDS

Ймовірність розладів біполярного спектра	Кількість хворих на дистимію, (n = 36)
< 6 балів (малоймовірно)	47,22 ± 8,44
6—10 балів (низька)	16,67 ± 6,30
11—18 балів (помірна)	27,78 ± 7,57
> 19 балів (висока)	8,33 ± 4,67

Показники, отримані за шкалою BSDS, свідчать, що в 27,78 % хворих з дистимією виявлена помірна ймовірність розладів біполярного спектра, у 16,67 % пацієнтів цієї категорії — низька ймовірність та в 8,33 % обстежених — висока ймовірність. При цьому встановлено, що висока та помірна ймовірність розладів біполярного спектра асоційована з раннім початком дистимії ($r = 0,421$ та $r = 0,396$ відповідно).

Отже, як стандартизовані інструменти, що дозволяють полегшити виявлення розладів біполярного спектра, можна використовувати скринінгові шкали, проте тільки ретельне комплексне клінічне обстеження, а нерідко і досить тривале динамічне спостереження за відповідним пацієнтом можуть бути надійною основою для верифікації діагнозу БАР. Наявні проблеми ранньої діагностики БАР зумовлюють і труднощі своєчасної та адекватної терапії цих порушень. Поряд з цим, пошук оптимальних терапевтичних мішеней для раннього втручання потребує подальшого комплексного вивчення з використанням діагностичних інструментів, які дозволять подолати труднощі виявлення початкових симптомів захворювання, етичні та практичні обмеження, пов'язані з гетерогенністю проявів біполярного розладу.

Список літератури

- Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication / Merikangas K. R., Akiskal H. S., Angst J. [et al.] // Arch Gen Psychiatry. 2007. Vol. 64. P. 543—552. DOI: 10.1001/archpsyc.64.5.543.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th version). Washington : American Psychiatric Association, 2013. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
- Lifetime Prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / Kessler R. C., Berglund P., Demler O. [et al.] // Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(6): 593—602. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Innovative approaches to bipolar disorder and its treatment / Harrison P. J., Cipriani A., Harmer, C. J. [et al.] // Annals of the New-York Academy of Sciences. 2016. Vol. 1366, No. 1. P. 76—79. DOI: 10.1111/nyas.13048.
- Weber-Rouget B., Aubry J. M. Screening for bipolar disorders: a review of the literature // Encephale. 2009; 35(6): 570—76. DOI: 10.1016/j.encep.2008.06.017.
- Costs of bipolar disorder / Kleinman L. S., Lowin A., Flood E. [et al.] // Pharmacoeconomics. 2003. Vol. 21 (9). P. 601—622. DOI: 10.2165/00019053-200321090-00001.
- Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample / Calabrese J. R., Hirschfeld R. M., Reed M. [et al.] // J Clin Psychiatry. 2003. Vol. 64 (4). P. 425—432. DOI: 10.4088/jcp.v64n0412.
- Dunner D. L. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder // Bipolar Disord. 2003. Vol. 5 (6). P. 456—463. DOI: 10.1046/j.1399-5618.2003.00073.x.
- Berk M., Dodd S. Bipolar II disorder: a review // Bipolar Disord. 2005. Vol. 7 (1). P. 11—21. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00152.x>.
- Scott J., Leboyer M. Consequences of delayed diagnosis of bipolar disorders // Encephale. 2011. Vol. 3 (3). P. 173—175. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(11\)70048-3](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(11)70048-3).

- Benazzi F. Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management // CNS Drugs 2007; 21(9): 727—40. DOI: 10.2165/00023210-200721090-00003.
- Angst J., Sellaro R., Stassen H. H., Gamma A. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions // J Affect Disord. 2005. Vol. 84, Issues 2—3. P. 149—57. DOI: 10.1016/S0165-0327(03)00195-2.
- Grunze H., Kasper S., Goodwin G. [et al.] The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders. Part I: Treatment of Bipolar Depression // World J Biol Psychiatry. 2002; 3: 115—24. DOI: 10.3109/15622975.2013.770551.
- Bowden C. L. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression // J Affect Disord. 2005; 84 (2—3): 117—25. DOI: 10.1016/S0165-0327(03)00194-0.
- Mitchell P. B., Goodwin G. M., Johnson G. F., Hirschfeld R. M. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach // Bipolar Disord. 2008; 10: 144—52. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00559.x.
- Smith D. J., Ghaemi S. N. Hypomania in clinical practice // Advances in Psychiatric Treatment. 2006; 12: 110—120. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.12.2.110>.
- McElroy S. L. Diagnosing and treating comorbid (complicated) bipolar disorder // J Clin Psychiatry. 2004; 65 (suppl. 15): 35—44. DOI: 10.1016/s0165-0327(02)00322-1
- Toward a redefinition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania / Angst J., Gamma A., Bennazzi F. [et al.] // J Affect Disord. 2003; 73 (1—2): 133—46. DOI: 10.1016/S0165-0327(02)00322-1.
- Kraepelin E. Manic-Depressive Insanity and Paranoia. Edinburgh : E & S Livingstone, 1921. 280 p.
- Akiskal H. S., Akiskal K. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders // Annual Review of Psychiatry. 1992. Vol. 11. P. 43—62.
- The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients / Akiskal H. S., Kilzieh N., Maser J. D. [et al.] // J Affect Disord. 2006. Vol. 92. P. 19—33. DOI: 10.1016/j.jad.2005.12.033.
- Жислин С. Г. К дифференциальной диагностике психозов позднего возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1960. Т. 60. С. 707—714.
- The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients / Angst J., Adolfsson R., Bennazzi F. [et al.] // J Affect Disord. 2005. Vol. 88, No. 22. P. 217—233. DOI: 10.1016/j.jad.2005.05.011.
- Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale / Ghaemi S. N., Miller C. J., Berv D. A. [et al.] // J Affect Disord. 2005. Vol. 84, No. 2—3. P. 273—277. DOI: 10.1016/S0165-0327(03)00196-4.
- Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire / Hirschfeld R. M. A., Williams J. B., Spitzer R. L. [et al.] // American Journal of Psychiatry. 2000. Vol. 157, No. 11. P. 1873—1875. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.11.1873.
- Picardi A. Rating scales in bipolar disorder // Curr Opin Psychiatry. 2009; 22 (1): 42—9. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328315a4d2.
- Симуткин Г. Г. Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы) // Обзорение психиатрии и мед. психологии. 2012. № 3. С. 34—41.
- Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М. : Мед. информ. агентство. 2003. 209 с.

Надійшла до редакції 29.10.2020

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна, доктор медичних наук, старший науковий співробітник Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: vfedchenko83@ukr.net
FEDCHENKO Viktoriya, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: vfedchenko83@ukr.net