

# BIPOLAR II DISORDER

## RECOGNITION, UNDERSTANDING, AND TREATMENT

*Edited by*

Holly A. Swartz, M.D.  
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.

AMERICAN  
PSYCHIATRIC  
ASSOCIATION  

---

PUBLISHING



# БИПОЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА: в фокусе – II тип

## ДИАГНОСТИКА, СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

*Под редакцией*

Холли А. Шварц  
Триши Саппс



Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2021

УДК 616.895.1  
ББК 56.14  
Б63

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Перевод с английского: Н.А.Зорин*

**Б63 Биполярные расстройства: в фокусе – II тип. Диагностика, современные представления и лечение / под ред. Холли А. Шварц, Триши Саппс ; пер. с англ. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 332 с. : ил. ISBN 978-5-907504-07-3.**

Биполярному расстройству II типа уделяется незаслуженно мало внимания, учитывая то бремя, которое ложится на пациентов, несмотря на, казалось бы, более легкое течение (отсутствие маниакальных эпизодов) по сравнению с биполярным расстройством I типа. Данная публикация призвана устранить этот критический пробел в литературе, опираясь на доказательный подход.

Книга в первую очередь предназначена для психиатров и научных работников, но может быть полезной всем, кто вовлечен в оказание помощи людям с биполярным расстройством II типа, в том числе родственникам пациентов.

УДК 616.895.1  
ББК 56.14

*Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by MEDpress Inform Publishers.*

*The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Russian language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.*

ISBN 978-3-13-145131-6 © First Published in the United States by the American Psychiatric Association, Washington DC, USA. Copyright © 2019. All rights reserved.

First Published in Russia by MEDpress Inform Publishers in Russian. MEDpress Inform Publishers is the exclusive publisher of Bipolar II Disorder: Recognition, Understanding, and Treatment. Copyright © 2019, authored by Holly A. Swartz, M.D., and Trisha Suppes, M.D., Ph.D. in Russian for distribution worldwide.

ISBN 978-5-907504-07-3 © Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2021  
© Иллюстрация на обложке: february.boxroom@gmail.com / Фото-банк «Фотодженика», 2021

# Содержание

Соавторы .....	9
Сокращения .....	15
Предисловие.....	17

*Holly A. Swartz, M.D., Trisha Suppes, M.D., Ph.D.*

## Часть I

### Диагностика

<b>1</b> Состояние, которому не уделяют должного внимания .....	21
---	----

*Holly A. Swartz, M.D., Trisha Suppes, M.D., Ph.D.*

<b>2</b> Диагностика биполярного расстройства II типа .....	37
---	----

*Nicole Kramer, M.A., M.S., Trisha Suppes, M.D., Ph.D.*

<b>3</b> Пограничное расстройство личности и биполярное расстройство II типа.....	77
---	----

*Mark Zimmerman, M.D., Theresa A. Morgan, Ph.D.*

<b>4</b> Сочетание биполярного расстройства II типа с другими психическими и соматическими заболеваниями .....	99
--	----

*Joshua D. Rosenblat, M.D., Michael J. Ostacher, M.D., M.P.H., M.M.Sc.  
Roger S. McIntyre, M.D., F.R.C.P.C.*

<b>5</b> Биполярное расстройство II типа и самоубийство.....	129
--	-----

*Ayal Schaffer, M.D., F.R.C.P.C., Mark Sinyor, M.Sc., M.D., F.R.C.P.C.*

## Часть II

### Современные представления

<b>6</b> Генетика биполярного расстройства II типа .....	155
--	-----

*Melvin McInnis, M.D.*

- 7** Функциональная визуализация мозга и нейронные детерминанты при биполярном расстройстве II типа .....173  
*Anna Manelis, Ph.D., Adriane M. Soehner, Ph.D., Mary L. Phillips, M.D., M.D. (Cantab.)*

### Часть III

#### Лечение

- 8** Применение стабилизаторов настроения и антипсихотиков при биполярном расстройстве II типа ..... 205  
*Eva Solé, M.D., Marina Garriga, M.D., Eduard Vieta, M.D., Ph.D.*
- 9** Применение антидепрессантов при биполярном расстройстве II типа..... 225  
*Susan L. McElroy, M.D., Alex Israel, M.D.*
- 10** Психосоциальные вмешательства при биполярном расстройстве II типа ..... 247  
*Danielle M. Novick, Ph.D., Holly A. Swartz, M.D.*

### Часть IV

#### Особые группы пациентов

- 11** Биполярное расстройство II типа у детей и подростков ..... 281  
*Manivel Rengasamy, M.D., Boris Birmaher, M.D.*
- 12** Биполярное расстройство II типа у женщин репродуктивного возраста..... 307  
*Eydie L. Moses-Kolko, M.D., Crystal T. Clark, M.D., M.Sc. Sarah DeBrunner, M.D., Katherine L. Wisner, M.D., M.S.*

## Соавторы

### **Boris Birmaher, M.D.**

Professor of Psychiatry and Endowed Chair in Early Bipolar Disorder, Director of the Child and Adolescent Bipolar Services Program, Co-Director of Psychiatry Research Pathway Program, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania

### **Crystal T. Clark, M.D., M.Sc.**

Assistant Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences and Obstetrics and Gynecology, Asher Center for the Study and Treatment of Depressive Disorders, Northwestern Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois

### **Sarah DeBrunner, M.D.**

Clinical Assistant Professor, University of Pittsburgh School of Medicine, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, Pennsylvania

### **Marina Garriga, M.D.**

Psychiatrist, Department of Psychiatry and Psychology, Institute of Neuroscience, University of Barcelona, Hospital Clinic, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Catalonia, Spain

### **Alex Israel, M.D.**

Graduate Medical Resident in Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, Pennsylvania

### **Nicole Kramer, M.A., M.S.**

Doctoral Candidate and Research Assistant, Prevention and Intervention Laboratory, Stanford University School of Medicine, Stanford, California

### **Anna Manelis, Ph.D.**

Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania

## Предисловие

Что такое биполярное расстройство II типа (БР II)? Действительно ли существуют разные типы БР? Какое это имеет значение?

Даже многие опытные врачи нередко удивительно мало знают о БР II. Несмотря на распространенность данного заболевания, представления о нем зачастую неверны, его игнорируют и редко уделяют то внимание, которого оно заслуживает. У многих врачей нет четкой схемы диагностики и лечения БР II, в результате оно часто остается нераспознанным. Как только диагноз поставлен, многие врачи начинают лечение, опробованное у больных с БР I, притом что эти состояния сильно различаются. Настоящая книга родилась из общего чувства разочарования тем, как мало существует публикаций о БР II для профессионалов; мы поставили себе цель создать исчерпывающее руководство для тех, кто хочет знать больше. Мы надеемся, что эта книга послужит источником знаний для врачей, которые ведут пациентов с БР II, для изучающих его исследователей, всех, кто обеспокоен состоянием таких пациентов и помогает им, а также для тех, кто хочет больше узнать о собственной болезни. Все эти люди могут найти в настоящей книге много интересного, хотя она написана в первую очередь для профессионалов.

Книга разделена на 4 части: 1) диагностика БР II с акцентом на дифференциальную диагностику; 2) современные представления об этом расстройстве, среди которых основное внимание уделено биологии; 3) лечение в виде фармако- и психотерапии; 4) особые группы пациентов, а именно дети, подростки и женщины. Отдельные главы написаны экспертами в области феноменологии, генетики, нейровизуализации, психофармакологии, психотерапии, детской психиатрии и репродуктивного психического здоровья, которые переосмыслили то, что в настоящее время известно о БР II и ведении таких пациентов. В книге читатели найдут клинические примеры,

иллюстрирующие практическое применение научной литературы, обсуждаемой в каждой главе. Для удобства анализа и отсылок суть каждой главы изложена в виде ключевых положений.

Нас обрадовало то, что с момента введения в практику в 1994 г. диагноза БР II в представлениях о нем произошел значительный прогресс. Однако нас смущают многочисленные пробелы, которые остаются в доказательной базе, в частности касающейся оптимального лечения, а также понимания нейробиологии этого расстройства. В настоящей работе внимание обращается не только на то, что мы узнали о БР II, но и на то, что еще предстоит открыть. Эта книга призвана дать ответ на многие нерешенные насущные вопросы о БР II, интересующие практикующих психиатров. Еще мы очень надеемся, что подтолкнем других задавать еще больше вопросов и находить на них более совершенные ответы.

Holly A. Swartz, M.D.

Trisha Suppes, M.D., Ph.D.



## Состояние, которому не уделяют должного внимания

**Holly A. Swartz, M.D.**

**Trisha Suppes, M.D., Ph.D.**

Несмотря на широкую распространенность БР II и причиняемый им вред, данному заболеванию уделяется пренебрежительно мало внимания. По самым скромным оценкам (Merikangas et al., 2011), БР II поражено около 0,4% населения, оно вызывает значительные страдания и мешает психосоциальному функционированию (Rosa et al., 2010; Ruggero et al., 2007). Научные данные подтверждают, что БР II существует как фенотип, отличный от БР I и других состояний биполярного спектра (American psychiatric association, 1994). Мы гораздо меньше знаем о БР II, чем о БР I и о том, как вести соответствующих пациентов. Врачи могут не распознать болезнь, и многие не имеют понятия, как с ней справиться. Следовательно, тысячи людей не знают, что у них есть БР II, и их либо не лечат, либо лечат неправильно.

В этой книге представлен всесторонний обзор современных представлений о БР II. Чтобы предоставить читателям самые последние знания о БР II, мы анализируем феноменологию расстройства, обсуждаем его биологические основы и обобщаем тактику ведения таких пациентов. Мы надеемся, что, повышая осведомленность о БР II, мы способствуем тому, что большее число людей быстрее получит правильный диагноз и надлежащее лечение. Однако поскольку БР II занимались слишком мало, в наших знаниях о нем существует

множество пробелов. Поэтому мы надеемся, что данная книга также будет побуждать к исследованиям, которые в конечном итоге улучшат диагностику, понимание и терапию БР II.

В этой главе мы представляем БР II, его клиническую значимость и исторические взгляды на него. Далее мы описываем 4 тематических раздела книги: диагностика, современные представления, лечение и особые группы пациентов. Клинический пример в конце данной главы иллюстрирует основные темы, анализируемые в этой книге, на примере опыта человека с БР II. Все имена, особенности клинических случаев и идентификационные данные изменены, чтобы гарантировать неприкосновенность частной жизни пациентов.

### **Почему важно выделять биполярное расстройство II типа?**

Несмотря на относительно позднее появление на диагностической сцене, БР II имеет значение для общественного здравоохранения. Хотя распространенность обоих типов БР сопоставима (Forte et al., 2015), БР II характеризуется выраженным нарушением психосоциального функционирования (Rosa et al., 2010), хроническим течением (MacQueen and Young, 2001) и высокой частотой самоубийств (Novick et al., 2010). Для него типичны когнитивные нарушения (Torrent et al., 2006) и множественные сопутствующие заболевания (Merikangas et al., 2011). Экономическое бремя БР II в 4 раза выше, чем БР I (Dilsaver et al., 2011).

БР II лишено патогномичной для БР I мании, которая делает последнее одним из наиболее легко идентифицируемых психических расстройств (Regier et al., 2013); но хотя БР II протекает менее ярко, чем БР I, вред оно наносит не меньший. Некоторые называют БР II «менее тяжелой» формой БР, но такое представление ошибочно. БР II характеризуется многочисленными повторными депрессивными эпизодами, между которыми изредка встречаются эпизоды гипомании. В одном продольном исследовании соотношение депрессивных и гипоманиакальных эпизодов составляло 3:1 (Kupka et al., 2007). Таким образом, в фенотипе БР II доминирует депрессия, которая, хотя и протекает менее впечатляюще, чем мания, может породить существенно больше проблем (Drancourt et al., 2013; Hlastala et al., 1997). Депрессия при БР с трудом поддается лечению, а также вносит значительный вклад в заболеваемость и смертность (Kessler et al., 2006).

БР II важно также потому, что часто остается нераспознанным. Гипоманию, неотъемлемую черту БР II, нередко трудно выявить у тех, кто воспринимает эти эпизоды как «положительные», что приводит к гипердиагностике большого депрессивного расстройства (БДР). Многие клиницисты также не распознают ажитированные депрессии, которые возникают в рамках смешанной депрессии. До постановки правильного диагноза БР I в среднем проходит 5 лет, а до диагноза БР II – более 10 лет (Drancourt et al., 2013; Ghaemi et al., 2000). Таким образом, люди с БР II часто страдают больше 10 лет из-за неточного диагноза и ненадлежащего лечения.

## **Почему представления о биполярном расстройстве II типа зачастую неверны и оно остается нераспознанным?**

Для всех БР, включая БР II, характерны колебания настроения. Люди с чередованием эпизодов повышенного и пониженного настроения описывались начиная с греко-римского периода (Jackson, 1986). Однако современные представления о БР были частично сформулированы немецким психиатром Эмилем Крепелином в начале XX века (Goodwin, Jamison, 2007). Крепелин, работая с европейскими коллегами над описанием и классификацией аномального поведения человека, выделил 2 категории хронических психотических расстройств по наличию приступов и особенностям течения болезни. Для непрерывно текущих психотических расстройств с плохим прогнозом стало использоваться название *dementia praecox*, или «раннее слабоумие» (позднее переименовано в *шизофрению*). Маниакально-депрессивным психозом было названо приступообразно протекающее заболевание (т.е. характеризующееся отдельными эпизодами нарушенного настроения, разделенными бессимптомными интервалами) с относительно хорошим прогнозом (по сравнению с *dementia praecox*). Категория маниакально-депрессивных психозов объединила расстройства с повторяющимися эпизодами нарушенного настроения, будь то мания или депрессия.

К середине XX века феноменологи выдвинули концепцию биполярно-монополярной дихотомии, основанную на наличии или отсутствии в анамнезе мании. Так, расстройства с рецидивирующими депрессивными эпизодами и как минимум 1 эпизодом мании были отнесены

к биполярной категории, а расстройства, протекающие только с депрессией (рецидивирующей или нет), – к монополярной (Leonhard, 1979). В США эти концепции были закреплены в 3-м издании «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). Таким образом, в зависимости от того, был ли в анамнезе приступ мании или нет, у лиц с депрессией диагностировали либо монополярное, либо биполярное аффективное расстройство.

В 1960-е годы David Dunner заинтересовался больными, которые не подходили ни под одну из категорий: у них не было ни монополярного, ни биполярного аффективного расстройства. Изучая истории болезни пациентов, госпитализированных с депрессией в Национальный институт психического здоровья, Dunner и соавт. выявили «интересную группу лиц, госпитализированных по поводу депрессии и имевших в прошлом эпизоды гипомании, но не мании» (Dunner, 2017, р. 520). Чтобы описать данное заболевание, он придумал термин «биполярное расстройство II типа». Эти пациенты отличались от людей с БР I отсутствием маниакальных приступов, а от пациентов с монополярным расстройством – тем, что перенесли по меньшей мере I гипоманиакальный эпизод. Больные с БР II с той же вероятностью, что и люди с БР I, но реже, чем пациенты с монополярными расстройствами, имели родственников с манией в анамнезе. По сравнению с другими группами депрессивных пациентов у лиц с БР II была выше частота самоубийств (Dunner et al., 1976). Накапливающиеся данные об отличиях от БР I в клинической картине, семейном анамнезе, течении болезни и результатах фармакологического лечения привели к тому, что в 1994 г. БР II было официально включено как отдельное расстройство в DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Всемирная организация здравоохранения признала БР II в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), которая за первое десятилетие XXI века постепенно вошла в практику мировой психиатрии.

Феноменологически БР было описано еще в V веке до н.э., но до 1994 г. БР II официально не признавалось. Таким образом, в течение почти 2500 лет БР II включали в неспецифические категории, такие как маниакально-депрессивные заболевания, монополярное или биполярное аффективное расстройство. До тех пор, пока Dunner и

## Диагностика биполярного расстройства II типа

Nicole Kramer, M.A., M.S.  
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.

Чередующиеся состояния мании и меланхолии – одно из самых первых описанных заболеваний человека: его отмечали еще древнегреческие врачи, философы и поэты (Angst, Marneros, 2001). Гиппократ (460–337 гг. до н.э.), создавший первую классификацию психических расстройств, оставил систематическое описание биполярных состояний, а именно меланхолии, мании и паранойи. Более 2 тысячелетий спустя Эмиль Крепелин, который считается одним из основоположников современной психиатрии, рассматривал маниакально-депрессивные расстройства как единое заболевание. Позднее был описан ряд БР, что привело к созданию концепции *биполярного спектра*, объединяющего различные клинические проявления (Benazzi, Akiskal, 2008). Сегодня термин «*биполярный спектр*» имеет 2 взаимодополняющих значения: 1) спектр тяжести симптомов БР; 2) комбинация состояний настроения, включающая маниакальный/гипоманиакальный и депрессивный компоненты (Angst, 2007). Обе эти концепции отражают более многомерный взгляд на расстройства настроения, чем прежние категориальные подходы. Текущие размышления о диагностических границах служат основой для исследований и клинических дискуссий о БР II.

БР II – это расстройство настроения, протекающее в виде циклов большой депрессии и гипомании. Впервые включенное в DSM-IV

в 1994 г. (American Psychiatric Association, 1994), БР представляет собой клинически неоднородное состояние (Hozer, Houenou, 2016), что может приводить к диагностической неоднозначности, хотя этот диагноз, поставленный опытным клиницистом, по-видимому, можно рассматривать как надежный и последовательный (Simpson et al., 2002). БР II нередко трактуется как менее серьезное расстройство биполярного спектра, чем БР I, поскольку не имеет характерных маниакальных эпизодов последнего. Однако имеющиеся данные свидетельствуют о том, что оба расстройства примерно одинаково воздействуют на повседневную жизнь, ее качество и риск самоубийства (Judd et al., 2003; Novick et al., 2010).

По определению БР II состоит по меньшей мере из одного гипоманиакального и одного большого депрессивного эпизода. Однако его диагностика не столь проста, как кажется. Во-первых, диагностические критерии депрессивного эпизода в рамках БР II идентичны таковым для депрессивного эпизода в рамках БДР, что при одномоментном взгляде делает их неразличимыми. Во-вторых, пациенты с трудом отличают гипоманию, которая по определению менее тяжела, чем мания, от нормального настроения с избытком энергии и счастья или возбуждения. В-третьих, при БР II очень часты смешанные состояния. Гипоманиакальные эпизоды с вкраплениями симптомов депрессии, а также ажитированная депрессия – сложные нарушения настроения, которые и пациенты, и клиницисты могут легко пропустить. Наконец, БР II труднее заметить, чем БР I, из-за отсутствия такого показательного события, как маниакальный эпизод.

Несмотря на трудности, связанные с распознаванием БР II, в полевых испытаниях диагностическая концепция DSM показала себя сравнительно неплохо. Согласно испытаниям критериев DSM-V, проведенным еще до их принятия, БР I было одним из наиболее хорошо распознаваемых психических заболеваний, тогда как БР II выявлялось несколько хуже, однако достаточно надежно. Примечательно, что надежность диагностики БР II была выше, чем БДР, которое с точки зрения способности врача распознавать и правильно диагностировать его по критериям DSM-V попало в категорию «сомнительное» (Regier et al., 2013).

Исследования показывают, что возможна как гипер-, так и гиподиагностика БР II (Phelps, Ghaemi, 2012; Zimmerman et al., 2008), однако все

Существенное влияние на течение биполярных заболеваний могут оказать коморбидные тревожные расстройства (Provencher et al., 2012). По сравнению с пациентами без тревожного расстройства у больных с тревожным и биполярным расстройством дебют заболевания происходит раньше, более высока частота смешанных состояний, более быстрая смена циклов, чаще отмечается суицидальное поведение и более высокие показатели резистентности к терапии, а также значительно ниже вероятность ремиссии (Parker, Graham, 2017; Suppes et al., 2017).

Хотя тревожные расстройства часто возникают совместно с БР II, тревожные симптомы также могут представлять собой проявления депрессивных и гипоманиакальных эпизодов. В таблице 2.5

**Таблица 2.5.** Общие симптомы тревожного расстройства, панического расстройства, депрессии и гипомании

Симптом	ГТР	Паническое расстройство	Депрессия	Гипомания
Упадок мыслительной деятельности и способности к концентрации	✓	✓	✓	✓
Неконтролируемые мысли или скачка идей	✓			✓
Депрессивное настроение	✓	✓	✓	
Утрата интереса к любой деятельности или получению удовольствия	✓	✓	✓	
Раздражительность	✓		✓	✓
Психомоторное возбуждение	✓	✓	✓	✓
Быстрая утомляемость	✓		✓	
Снижение потребности во сне				✓
Нарушения сна	✓	✓	✓	
Рискованное поведение или импульсивность				✓
Завышенная самооценка или идеи величия				✓

ГТР – генерализованное тревожное расстройство.

приведены некоторые из этих общих симптомов, их необходимо отличать друг от друга в ходе сбора сведений для истории болезни.

### **Синдром дефицита внимания с гиперактивностью**

СДВГ часто сопутствует БР. До 43% молодых людей с диагнозом БР II также имеют СДВГ (Scheffer, 2007). Хотя СДВГ и БР II часто встречаются вместе, отличить их друг от друга сложно из-за высокой распространенности обоих расстройств и ряда похожих симптомов.

Кроме того, у больных с БР нарушен контроль внимания и есть дефицит исполнительных функций (т.е. имеются ключевые диагностические черты СДВГ), которые по-разному проявляются в гипоманиакальных, депрессивных и смешанных эпизодах (Ryan et al., 2012). Сильнее всего исполнительные функции обычно нарушены во время гипоманиакального эпизода. Кроме того, гипоманиакальные фазы БР, гиперактивность и комбинированные подтипы СДВГ имеют общий симптом – импульсивность (Taylor et al., 2008). Наличие общих симптомов делает клиническую картину сложнее и затрудняет как дифференциальную диагностику, так и терапию (Perugi et al., 2017).

Углубленный анализ этих общих симптомов помогает определить, что именно имеется у пациента – СДВГ, БР II или и то и другое (табл. 2.6). Для проведения дифференциальной диагностики между СДВГ и БР II особенно полезны гипоманиакальные симптомы, такие

**Таблица 2.6.** Симптомы, которые встречаются при депрессии в рамках БР, гипомании и СДВГ

<b>Депрессия</b>	<b>СДВГ</b>	<b>Гипомания</b>
Сниженное настроение	Дисфория и фрустрация	—
Раздражительность	Раздражительность	Раздражительность
Сложность концентрации внимания	Невнимательность	Патологическая отвлекаемость
Психомоторное возбуждение	Гиперактивность	Психомоторное возбуждение
—	Импульсивность	Рискованное поведение
—	Ускоренная речь	Речевой напор



## Пограничное расстройство личности и биполярное расстройство II типа

**Mark Zimmerman, M.D.**

**Theresa A. Morgan, Ph.D.**

БР II и ПРЛ – серьезные заболевания, значительно нарушающие психику и социальную жизнь больных, они ответственны за бремя хронически существующих симптомов и повышенную смертность (Angst et al., 2002; Bryant-Comstock et al., 2002; Comtois, Carmel, 2014; Gunderson et al., 2011; Morgan et al., 2005; Oldham, 2006; Rugero et al., 2007; Skodol et al., 2002). Поскольку эмпирически обоснованная терапия для каждого из этих состояний разная, клинически важно проводить грань между БР II и ПРЛ.

При обоих расстройствах больные чаще всего обращаются к врачу во время депрессии (Zimmerman et al., 2017). По сравнению с БР I депрессивные эпизоды при БР II и ПРЛ нередко более выраженные и частые, а промежутки благополучного состояния – более короткие (Benazzi, 2007). Чтобы поставить диагноз БР II у пациента, поступившего с депрессией, надо убедиться, что наряду с этим он ранее перенес еще и гипоманиакальный эпизод. Признано, что гиподиагностика БР у пациентов, обратившихся по поводу депрессии, – это серьезная клиническая проблема, поскольку воспоминания ненадежны, а врачи нередко не расспрашивают пациентов как следует о маниакальных или гипоманиакальных эпизодах в прошлом (Angst et al.,

2011; Bowden, 2001; Ghaemi et al., 2000; Ghaemi et al., 2002; Hantouche et al., 1998; Hirschfeld, 2001; Hirschfeld, Vornik, 2004; Manning et al., 1997; Perugi et al., 1998; Yatham, 2005). Неспособность распознать БР II у больных с депрессией имеет значительные последствия: больные не получают стабилизаторов настроения, повышается риск быстрого циклического течения, возрастает стоимость терапии (Birnbaum et al., 2003; Ghaemi et al., 2000; Matza et al., 2005; Shi et al., 2004). Когда постановка диагноза запаздывает, растет число осложнений, поэтому многие эксперты призывают эффективнее выявлять БР (Bowden, 2001; Ghaemi et al., 2002; Hirschfeld, 2001; Yatham, 2005).

В течение последних нескольких лет врачей усиленно учили распознаванию БР, что создало противоположную проблему – гипердиагностику БР. Дифференциальную диагностику БР и ПРЛ затрудняет их феноменологическое сходство. Особенно это касается БР II, при котором расстройства настроения не столь масштабны и тяжелы, как при БР I. Феноменологическое сходство прежде заставляло некоторых экспертов рассматривать ПРЛ как часть биполярного спектра (включая БР I и БР II), что не способствовало должному распознаванию БР (Akiskal, 2004; Perugi et al., 2003). И наоборот, другие исследователи считали, что ПРЛ способствует гипердиагностике БР в целом (Zimmerman et al., 2010b), хотя ни в одном исследовании этот вопрос в отношении БР II конкретно не рассматривался.

Отдельный, но гораздо меньший пласт литературы посвящен гиподиагностике ПРЛ, несвоевременному его обнаружению и вытекающим из этого последствиям (Comtois, Carmel, 2014; Magnavita et al., 2010; Zimmerman, Mattia, 1999b). В этой главе мы сосредоточим внимание на четырех аспектах взаимоотношений между ПРЛ и БР II. Во-первых, мы рассматриваем наиболее изученный вопрос о взаимосвязи между этими двумя расстройствами: их диагностическую близость. Далее мы перейдем к вопросу о диагностических границах и о том, следует ли рассматривать ПРЛ как часть биполярного спектра и, следовательно, связано ли оно диагностически с БР II. В-третьих, мы рассматриваем проблему гипо- и гипердиагностики БР II, уделяя особое внимание вкладу в гипердиагностику ПРЛ. Наконец, мы обсуждаем разработку диагностических инструментов для БР II и ПРЛ, в частности скрининговых шкал, а также возможные риски и достоинства такого подхода.

## **Сочетание пограничного расстройства личности и биполярного расстройства II типа**

### **Частота пограничного расстройства личности у пациентов с биполярным расстройством II типа**

Могут ли больные с БР II также иметь ПРЛ? Диагностическое сходство БР II и ПРЛ играет важную роль, поскольку указывает на возможность сосуществования обоих расстройств и частоту таких случаев.

Zimmerman и Morgan (2013) проанализировали литературу на предмет частоты сопутствующих расстройств личности при БР. Согласно анализу 7 исследований, в которых в общей сложности участвовал 261 человек с БР II, распространенность ПРЛ составила 22,9% ( $n=60$ ). Это в 2 раза выше, чем сообщалось для БР I (10,7%). Важно отметить, что только две группы исследователей представили данные как по БР I, так и по БР II: Vieta и соавт. в Испании и Zimmerman и соавт. в США. Vieta и соавт. (2000, 2001) обнаружили, что ПРЛ в 2 раза чаще диагностируется у больных с БР II, чем с БР I (12,5% vs 6,2%), хотя эта разница не была статистически значимой. Аналогичным образом Zimmerman и Mattia (1999a) сообщили о статистически незначимо более высокой заболеваемости ПРЛ у больных с БР II. Таким образом, хотя обобщение данных исследований позволяет предположить, что ПРЛ в 2 раза чаще встречается у больных с БР II, чем с БР I, только в 2 работах проводилось прямое сравнение, и они не обнаружили статистически значимых различий.

### **Является ли пограничное расстройство самым частым расстройством личности у пациентов с биполярным расстройством II типа?**

Учитывая, сколько внимания уделяется связи между ПРЛ и БР, можно было бы думать, что ПРЛ – самый частый вариант расстройства личности у пациентов с БР II. Однако мы смогли обнаружить только 2 исследования, в которых этот вопрос рассматривался исключительно применительно к БР II; оба они отнесли ПРЛ к наиболее часто диагностируемым расстройствам личности. Напротив, диагноз ПРЛ был наиболее частым только в 4 из 15 исследований, в которых изучался весь спектр расстройств личности у пациентов с более широко понимаемыми БР (Zimmerman, Morgan, 2013).

## **Больше ли распространено пограничное расстройство личности у пациентов с биполярным расстройством II типа, чем в контрольных группах больных с большим депрессивным расстройством?**

У больных с БДР частота расстройств личности повышена. Таким образом, другой способ взглянуть на своеобразие связи ПРЛ и БР заключается в сравнении частоты ПРЛ у больных с БР и у пациентов с БДР. Частота расстройств личности изучалась при БР II и БДР в 4 исследованиях; в 3 из них была обнаружена повышенная частота ПРЛ в группе БР II по сравнению с группой БДР (Zimmerman, Morgan, 2013).

### **Клинический пример: сочетание пограничного расстройства личности и биполярного расстройства II типа**

Стив – 22-летний мужчина. Терапевт направил Стива в дневной стационар, поскольку после разрыва с подругой его депрессия усугубилась. При поступлении пациент указал, что у него ранее диагностировалось БР, это подтверждается описанием множественных гипоманиакальных эпизодов. Однако главная его жалоба звучала так: «Мое сердце разбито, и я никому не верю». Стив описал многочисленные «взлеты и падения» в отношениях с этой женщиной: от ненависти он переходил к объяснениям в любви. Когда боялся, что она порвет с ним, топал ногами и кричал. «На прошлой неделе я порезал себе запястье и показал ей, думая, что это заставит ее остаться со мной. Это моя самая большая проблема... Я привык к тому, что добиваюсь своего, и впервые мне это не удалось». Свое настроение Стив описывает как «счастливое, тоскливое и сварливое», «я ненавижу, а потом люблю». Сообщил, что «не понимает себя», причем почувствовал это до завершения любовных отношений («я никогда не пытался понять, кто я»). Он не может держать себя в руках. Заметил, что «срыгается и орет на свою собаку». Говорил, что чувствует себя «с каждым днем все хуже» и что гнев вызван ее презрением к нему. Он считает, что его характер неуправляем и «гнев находит какой-нибудь выход». В напряжении он чувствует, что комната вращается, и у него периодически темнеет в глазах («Из-за этого я однажды попал в больницу. Я завелся, а потом очнулся на полу в ванной комнате. Мне сказали, что судорог не было. Последний раз это произошло на прошлой неделе»). Стив также сказал, что в стрессовой ситуации видит «тени» за пределами поля зрения, а еще становится подозрительным («Я всегда ее подозревал.

Мне всегда казалось, что она лжет, особенно в эсэмэсках»). Угрожал самоубийством («я сказал это, чтобы привлечь ее внимание»), а иногда «от разочарования» наносил самоповреждения. Недавно порезал запястье («не буду врать, было очень приятно – как будто сбрасываешь напряжение»). Рассказывает об импульсивных поступках в разных областях: покупка ненужных вещей («бывает, покупаю вещи, а потом не понимаю, зачем я это сделал, и продаю их»), рискованное вождение («люблю погонять») и эпизодическое обжорство.

С момента разрыва с подругой Стив впал в депрессию («я никогда раньше не чувствовал себя так плохо»). В течение последнего месяца ежедневно говорил о плохом настроении («круглые сутки, всю неделю») и об ангедонии («я ничего не хочу делать, мне ничего не любо»). Отмечает отсутствие аппетита и последующую потерю массы тела («Ем с трудом, словно мое тело мне не позволяет. Сбросил почти 7 кг»). Беспокоят нарушения сна («сплю сейчас только 5 ч»), значительное психомоторное возбуждение («я всегда в движении, но никто не замечает, потому что всем наплевать, они игнорируют меня»). Примечательно, что во время беседы с врачом Стив был заметно неусидчив (например, энергично раскачивал ногой). Пожаловался на ежедневную усталость, невозможность сосредоточиться и нерешительность («не могу решить, что есть, пить ли кофе, выгуливать ли собаку»). Описывал чувства никчемности («я недостаточно хорош») и вины, которые связывал с недавним разрывом с подругой («Чувствую вину за то, что разрушил наши отношения. Ощущаю себя виноватым, когда ем, потому что раньше мы ели с ней вместе»). Отмечал пассивные мысли о смерти в настоящее время («думаю, лучше бы меня не было»).

### **Частота биполярного расстройства II типа у больных с пограничным расстройством личности**

До сих пор мы рассматривали коморбидность с точки зрения того, как часто встречается ПРЛ у пациентов с БР II. Примерно 20% пациентов с ПРЛ получают в качестве основного диагноза БР (Zimmerman et al., 2017). Уместно задаться вопросом: как часто БР возникает у пациентов с первичным диагнозом ПРЛ?

Проблема обобщения таких данных заключается в том, что в разных работах используются неодинаковые по широте определения БР, а исследователи часто не проводят различий между БР I и БР II. О частоте БР II у больных с диагнозом ПРЛ сообщалось в 6 исследованиях (Zimmerman,

Morgan, 2013). В рамках этих 6 работ частота БР II составила 10,2%, что примерно соответствует таковой для БР I (8,9%).

### **Три примера сочетания биполярного расстройства и пограничного расстройства личности по данным литературы**

1. Распространенность ПРЛ у лиц с БР II приблизительно в 2 раза выше, чем с БР I (20% vs 10%). Однако эти данные суммарные по всем исследованиям. Только в 2 исследованиях частота ПРЛ напрямую сравнивалась у больных с БР I и БР II.
2. Распространенность БР II у больных с ПРЛ составляет около 10%, еще у 10% диагностируется БР I.
3. ПРЛ могло бы быть самым частым расстройством личности у больных с БР II, однако такой вывод сделан только в 2 исследованиях. Поэтому ПРЛ не следует считать наиболее часто диагностируемым расстройством личности у пациентов с диагнозом БР в широком смысле.

### **Должно ли пограничное расстройство личности рассматриваться как часть биполярного спектра?**

#### **Концепция спектра**

В последние годы появляется все больше публикаций, посвященных расстройствам биполярного спектра. Хотя исследователи расходятся во мнениях, что следует в него включать, существует общее согласие в том, что к биполярному спектру относятся расстройства с маниакальной симптоматикой, которая не так сильно выражена по интенсивности, продолжительности или психосоциальным последствиям, как та, которая возникает во время развернутого эпизода мании. К расстройствам биполярного спектра относятся БР II, циклотимия и другие уточненные и не уточненные биполярные и связанные с ними расстройства. Достоверность концепции спектра была подтверждена демонстрацией того, что корреляты (например, коморбидность, тип личности, семейный анамнез, тип течения) состояний биполярного спектра аналогичны таковым при БР (Angst et al., 2010, 2011; Benazzi, Akiskal, 2003; Zimmermann et al., 2009).

Некоторые авторы утверждают, что ПРЛ следует включать в биполярный спектр (Akiskal, 2004; Perugi et al., 2003; Smith et al., 2004).

Это предположение отчасти вытекает из поверхностного сходства феноменологических черт, особенно ПРЛ и БР II. Так, оба расстройства характеризуются колебаниями настроения. Тем не менее яркие и выраженные эмоции больных с ПРЛ часто представляют собой непродолжительную реакцию на внешние воздействия, в то время как при БР II нарушения настроения устойчивы и менее зависимы от внешних воздействий. Лица с ПРЛ в качестве стратегии эмоционального регулирования часто прибегают к импульсивному поведению, способному породить проблемы: азартные игры, чрезмерная трата денег, беспорядочные сексуальные связи, употребление наркотиков и алкоголя, воровство или лихачество. Больные, страдающие БР II, могут вести себя аналогично, однако обычно это происходит в рамках четко очерченных эпизодов измененного настроения. Учитывая совпадение характерных для ПРЛ и БР II признаков, неудивительно, что согласно ранее упомянутым публикациям они часто встречаются вместе.

### **Диагностические критерии DSM: проверка, а не догма**

БР II, как и большинство расстройств, определенных в DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), диагностируется клинически, т.е. на основании жалоб пациента и наблюдаемых признаков болезни. Биологического теста на БР II пока не существует. Отсутствие биологического диагностического теста означает, что критерии DSM-V, построенные на симптомах, представляют собой приблизительную модель реального заболевания, чью патофизиологию мы надеемся однажды разобраться, и идентифицировать с помощью надежного теста.

Полезно сделать шаг назад и понять, что на самом деле представляют собой диагностические критерии DSM. DSM-V, как и ее предшественники, является категориальной системой, которая дает врачу описательные диагностические критерии психиатрических синдромов. Определение психического расстройства в DSM-V поясняет, что эти описания отражают поведенческие, психологические или биологические дисфункции, природа которых, лежащая в основе болезни, нам доподлинно неизвестна. Хотя у DSM-V и есть полезные области применения (например, продуктивный обмен важной клинической информацией), описательные диагностические критерии не следует считать чем-то материальным и рассматривать в качестве

последнего слова о наличии у пациента искомой болезни. Критерии лучше воспринимать как тест на лежащее в глубине заболевание с конкретной этиологией (хотя еще и не открытой). Следовательно, как и любой другой тест, основанная на DSM-V диагностика дает некоторое количество ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Иначе говоря, некоторые больные, симптоматика которых соответствует диагностическим критериям DSM-V, не имеют заболевания (ложноположительный результат), а некоторые пациенты, чьи симптомы не отвечают критериям DSM-V (поскольку не достигают диагностического порога), имеют заболевание, но не получают диагноз (ложноотрицательный результат).

Существуют и другие причины диагностических ошибок. Вторая причина связана с методологией оценки. Точность воспоминаний о прошлых гипоманиакальных эпизодах ограничена. Даже если врач задает правильные вопросы, больные могут не вспомнить о предшествующих эпизодах болезни или умолчат о них, что приведет к ложноотрицательному диагнозу. То же самое произойдет, если врач неспособен извлечь из беседы с пациентом релевантные сведения (Akiskal, Benazzi, 2005; Benazzi, 2003; Benazzi, 2003; Benazzi, Akiskal, 2003). Аналогично может ставиться и ложноположительный диагноз. Например, иногда трудно определить, были ли прошлые гипоманиакальные эпизоды следствием употребления психоактивных веществ или возникали независимо (Goldberg et al., 2008; Stewart, El-Mallakh, 2007). Поскольку эта глава посвящена разграничению БР II и ПРЛ, стоит еще раз подчеркнуть, что преходящие эпизоды аффективной нестабильности при ПРЛ можно спутать с гипоманиакальными эпизодами, что приводит к ложноположительным диагнозам (Paris, 2004; Zimmerman et al., 2010a).

Диагностические ошибки – неустранимый недостаток системы, в которой диагностика основана на припоминании симптоматики, имевшей место в прошлых эпизодах. Вопрос не в том, существует ли диагностическая ошибка, а в том, преобладает ли один из ее видов и повлияет ли смещение диагностического порога на количество каждой из этих ошибок, и если да, то в какой степени. Также важно учитывать клинические последствия каждого типа ошибки и то, какие ошибки труднее исправить. Теперь рассмотрим возможные последствия расширения спектра БР за счет включения в него ПРЛ.



## Сочетание биполярного расстройства II типа с другими психическими и соматическими заболеваниями

**Joshua D. Rosenblat, M.D.**

**Michael J. Ostacher, M.D., M.P.H., M.M.Sc.**

**Roger S. McIntyre, M.D., F.R.C.P.C.**

Коморбидность при БР II – скорее правило, чем исключение. Поскольку ключевые симптомы БР II зачастую преобладают и вносят наибольший вклад в инвалидизацию, сопутствующие расстройства (психические и соматические) нередко скрываются в тени ярких симптомов расстройства настроения и упускаются из виду (MacQueen, Young, 2001). Однако нераспознанные и нелеченные сопутствующие заболевания могут существенно усугублять страдания пациента, усиливать психосоциальную дисфункцию, а также мешать достижению полной ремиссии и выздоровления (McIntyre et al., 2012). Коморбидность также утяжеляет течение БР II: усиливает аффективную симптоматику, повышает опасность самоубийства, увеличивает риск развития резистентности, укорачивает ожидаемую продолжительность жизни (Jerrell et al., 2010; Undurraga et al., 2012; Valtonen et al., 2005). Таким образом, знание о часто сопутствующих БР II заболеваниях и умение в них разобраться важны для качественного ведения больных с БР II. Поэтому скрининг, диагностика и лечение

сопутствующих заболеваний должны рассматриваться как неотъемлемая часть ведения всех пациентов с БР II.

В настоящей главе основное внимание уделяется эпидемиологии, феноменологии и лечению соматических и психических заболеваний, часто сопутствующих БР II. Эпидемиология заболеваний, сопутствующих БР II, и их влияние менее изучены, чем тех, которые сопутствуют БР I и БДР (Blanco et al., 2017; Merikangas et al., 2007). В отсутствие свежих и надежных данных о коморбидности при БР II приходится их экстраполировать из исследований, в которых БР II изучалось вместе с БР I; при этом необходимо учитывать различия в частоте коморбидности и ее феноменологии. То же касается и лечения сопутствующих БР II психических расстройств; порой оно требует экстраполяции данных о БР I вместе с мнением экспертов (McIntyre et al., 2012).

### **Клинический пример**

Джоан – 32-летняя женщина. В течение 4 мес. у нее отмечались сниженное настроение, ангедония, нарушенный сон и упадок сил. Она также сообщает об идеях самоуничтожения, никчемности своего существования и «пустоты» («я даже не знаю, кто я»). Она часто думает, что не стоит жить, но никогда не пыталась покончить с собой. Нередко, чтобы почувствовать облегчение от своих эмоциональных страданий, она наносит самоповреждения – порезы на бедрах. Джоан отстранилась от друзей («они все ненавидят меня»). За 3 мес. из-за повышенного аппетита и пристрастия к фастфуду она набрала более 9 кг, иногда позволяя себе лишнее, съедая более 2000 калорий за один присест. Несмотря на жгучее чувство вины, она не может не переесть; вместе с тем она не принимает слабительных средств и не пытается сдерживать себя в дальнейшем. Рассказывает о чувстве тревоги и о том, что «сколько себя помнит» не была способна справиться с тягостными переживаниями. Тревога ее усилилась так, что нарушился сон. Она беспокойно ворочается по ночам, думая обо всех ошибках, которые совершила, и о завтрашнем дне. По несколько раз в течение ночи Джоан встает. Часто она просыпается от кошмарных сновидений, в которых она ребенок и подвергается жестокому обращению, физическому и сексуальному (Джоан подвергалась ему в возрасте 6–10 лет). Чтобы заснуть, она выпивает бутылку вина (по 4–5 раз в неделю). Порой она позволяет себе порцию спиртного еще при пробуждении, «чтобы продержаться весь день». В психиатрическом анамнезе есть

подобные депрессивные эпизоды длительностью от полугода до года, «вероятно, 4–5 раз, начиная с 12-летнего возраста». Прежде Джоан не лечилась и отказывалась от предлагаемой помощи. Также она сообщает о 2 эпизодах, во время которых «чувствовала себя прекрасно! Могла по две недели не спать и быть полной сил. У меня было так много идей, и я была невероятно работоспособна, убирая весь дом и заканчивая многочисленные школьные проекты. Тем не менее друзья считали мое поведение странным: я говорила слишком быстро, перескакивая с одной темы на другую, и действовала более импульсивно, чем обычно. Но я всегда импульсивна, поэтому не знаю, с чего они так встревожились». Она никогда не лечилась в стационаре и не имела психотической симптоматики. Джоан также поведала, что всю жизнь ей было трудно сосредоточиться. Из соматических заболеваний она назвала бронхиальную астму, синдром раздраженного кишечника, мигрень и избыточную массу тела. В настоящее время никаких лекарственных средств она не принимает.

## **Сопутствующие психические заболевания**

### **Эпидемиология и феноменология**

Как показано в примере выше и подтверждено многочисленными исследованиями (Amann et al., 2017; Angst et al., 2011, 2013; Forty et al., 2014; Merikangas et al., 2007, 2011), почти у всех больных с БР II имеются коморбидные психические заболевания. В рамках крупнейшего международного исследования по оценке и составлению отчета о коэффициентах сочетанной заболеваемости в рамках инициативы по проведению всемирного обследования психического здоровья (World Mental Health Survey Initiative) Всемирной организации здравоохранения в 11 странах Америки, Европы и Азии были выполнены поперечные обследования 61 392 взрослых членов сообществ с личным присутствием на дому, в ходе которых была проведена оценка их прошлого состояния. Она проводилась на основе версии сводного международного диагностического интервью Всемирной организации здравоохранения (версия 3.0), посвященного вопросам психического здоровья (World Mental Health), которая представляет собой полностью структурированный неспециализированный опросник для заполнения неспециалистами (Merikangas et al., 2011). В данном исследовании 83% участников с диагнозом БР II имели по меньшей мере еще один психиатрический диагноз, в результате чего отношение

шансов (ОШ) по сравнению с населением в целом составило 10,3 (95% доверительный интервал [ДИ] 7,1–14,9). Кроме того, 58,3% участников с БР II имели еще хотя бы 3 психиатрических диагноза. Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями были тревожные расстройства (75%), за которыми следовали расстройства контроля над побуждениями (52%) и расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами (37%). Частота конкретных сопутствующих заболеваний обобщена в таблице 4.1 вместе с коэффициентами коморбидности, определенными в Национальном исследовании коморбидности в США (Merikangas et al., 2007, 2011).

Учитывая, что тревожные расстройства часто сочетаются с БР II, многие исследователи предполагают, что их сочетание лучше

**Таблица 4.1.** Типичные сопутствующие заболевания с предполагаемой (ожидаемой) распространенностью в течение жизни при БР II по сравнению с населением в целом

Коморбидное заболевание	NCS (только США)		WMHIS (11 стран)	
	РвТЖ <sup>а</sup> , %	ОШ <sup>б</sup>	РвТЖ, %	ОШ <sup>с</sup>
<b>Тревожные расстройства</b>				
Агорафобия	8	7	9	10
Паническое расстройство	27	8	17	8
Панические атаки	73	7	64	7
Посттравматическое стрессовое расстройство	34	7	25	6
Генерализованное тревожное расстройство	37	8	33	9
Специфические фобии	51	8	41	6
Социальная фобия	55	9	36	7
Обсессивно-компульсивное расстройство	21	17	12	6
Социальное тревожное расстройство	43	8	39	8
Любые расстройства этой группы	89	18	75	9
<b>Расстройства контроля над побуждениями</b>				
Интермиттирующее эксплозивное расстройство	23	4	19	4
СДВГ	42	10	28	9

**Таблица 4.1** (окончание)

Коморбидное заболевание	NCS (только США)		WMHIS (11 стран)	
	РвТЖ <sup>а</sup> , %	ОШ <sup>б</sup>	РвТЖ, %	ОШ <sup>б</sup>
Вызывающее оппозиционное расстройство	38	7	29	7
Расстройство поведения	19	3	16	4
Любое расстройство этой группы	70	8	52	7
<b>Злоупотребление психоактивными веществами</b>				
Злоупотребление алкоголем	36	4	34	4
Зависимость от алкоголя	19	4	17	5
Злоупотребление наркотиками	24	4	17	4
Зависимость от наркотиков	9	3	8	5
Любое расстройство этой группы	40	4	37	4
<b>Любые расстройства</b>				
Любые расстройства	96	25	83	10
1 расстройство	7	5	14	4
2 расстройства	3	3	11	6
3 расстройства и более	86	58	58	НД <sup>с</sup>

*Примечание.* Использованы результаты NCS (Merikangas et al., 2007) и WMHIS (Merikangas et al., 2011). Для простоты все данные о распространенности и ОШ округлены, ДИ не указаны. NCS – National Comorbidity Survey; WMHIS – World Mental Health Initiative Survey.

<sup>а</sup> РвТЖ – распространенность в течение жизни.

<sup>б</sup> Все приведенные отношения шансов статистически значимы.

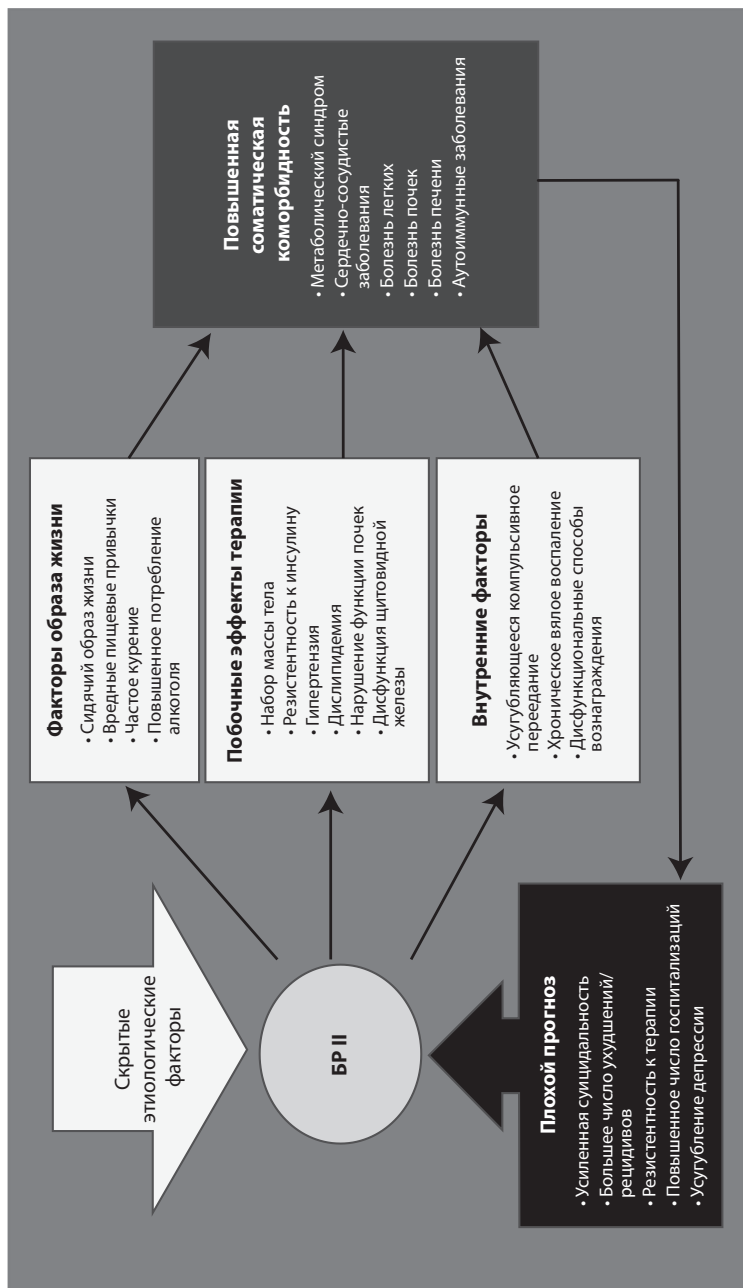
<sup>с</sup> НД – нет данных.

трактовать как единое расстройство с частично совпадающей этиологией и патофизиологическими механизмами, а не как два параллельно существующих самостоятельных расстройства (Pavlova et al., 2015). Действительно, некоторые исследования показали специфические генетические различия между БР II с сопутствующей тревогой и без нее, что позволяет думать о существовании биологического подтипа БР II (Wang et al., 2014). Проспективные исследования также показали, что симптомы тревоги часто присутствуют до появления первых симптомов аффективных расстройств, а это позволяет предполагать, что у некоторых людей тревога входит в состав продрома БР

(Nabavi et al., 2015). Сопутствующие тревожные расстройства также сочетаются с увеличением числа суицидальных мыслей и попыток, повышением тяжести и частоты аффективных эпизодов, резистентностью к терапии и более высокой частотой злоупотребления психоактивными веществами (Nabavi et al., 2015). Интересно, что в некоторых ранних исследованиях у больных с сопутствующей тревогой также отмечался ослабленный ответ на литий (Young et al., 1993). Учитывая различия в генетических, феноменологических проявлениях и ответе на терапию, думается, что больные с сопутствующей тревогой могут представлять важную подгруппу БР II с уникальным фенотипом и разнородной патофизиологией, требующую иных подходов к лечению, чем те, что используются при лечении лиц с БР II, у которых сопутствующей тревоги нет.

Лечение БР II и сопутствующих тревожных расстройств существенно осложняется широко распространенным злоупотреблением психоактивными веществами. Наиболее частая форма такого злоупотребления – алкоголизм, который имеется примерно у  $1/3$  больных с БР II (Di Florio et al., 2014). Злоупотребление психоактивными веществами также затрудняет диагностику, поскольку неясно, был ли вызван аффективный эпизод употреблением какого-либо вещества (например, гипомания – кокаином) или же это аффективный эпизод спровоцировал злоупотребление (пациент поддался гипоманиакальной импульсивности либо стал «лечить» этими веществами депрессию или тревогу). Важно отметить, что даже если причинно-следственные взаимоотношения неясны, для полного выздоровления необходимо одновременно лечить как расстройства настроения, так и злоупотребление психоактивными веществами. Исторически сложилось так, что распространился последовательный подход: прежде чем начать терапию расстройства настроения, от больного требовали пройти лечение от злоупотребления психоактивными веществами, или наоборот. Недавно стало ясно, что такой подход в большинстве случаев неэффективен и оптимально одновременное лечение обоих расстройств (подробнее об этом говорится в разделе «Принципы лечения коморбидных психических расстройств»). Основной принцип лечения всех сопутствующих расстройств – лечить их и БР II одновременно, а не последовательно.

От нарушений, в клинической картине которых имеется значительно выраженная импульсивность (например, СДВГ, интермит-



**Рис. 4.1.** Факторы, обуславливающие повышенную частоту соматических заболеваний при BR II.

## Литература

- Akiskal HS: Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin. *J Affect Disord* 62(1–2):17–31, 2001 11172870
- Akiskal HS, Benazzi F: Optimizing the detection of bipolar II disorder in outpatient private practice: toward a systematization of clinical diagnostic wisdom. *J Clin Psychiatry* 66(7):914–921, 2005 16013908
- Albert U, Rosso G, Maina G, et al: Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Affect Disord* 105(1–3):297–303, 2008 17617468
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013
- Angst J: The bipolar spectrum. *Br J Psychiatry* 190(03):189–191, 2007 17329735
- Angst J: Bipolar disorders in DSM-5: strengths, problems, and perspectives. *Int J Bipolar Disord* 1:12, 2013 25505679
- Angst J, Marneros A: Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 67(1–3):3–19, 2001 11869749
- Angst J, Gamma A, Bowden CL, et al: Diagnostic criteria for bipolarity based on an international sample of 5,635 patients with DSM-IV major depressive episodes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 262(1):3–11, 2012 21818629
- Bader CD, Dunner DL: Antidepressant-induced hypomania in treatment-resistant depression. *J Psychiatr Pract* 13(4):233–237, 2007 17667735
- Baethge C, Smolka MN, Gruschka P, et al: Does prophylaxis-delay in bipolar disorder influence outcome? Results from a long-term study of 147 patients. *Acta Psychiatr Scand* 107(4):260–267, 2003 12662248
- Balazs J, Benazzi F, Rihmer Z, et al: The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J Affect Disord* 91(2–3):133–138, 2006 16458364
- Bauer M, Glenn T, Rasgon N, et al: Decreasing the minimum length criterion for an episode of hypomania: evaluation using self-reported data from patients with bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 261(5):341–347, 2011 21267744
- Bauer MS, Simon GE, Ludman E, et al: “Bipolarity” in bipolar disorder: distribution of manic and depressive symptoms in a treated population. *Br J Psychiatry* 187:87–88, 2005 15994577
- Benazzi F: A relationship between bipolar II disorder and borderline personality disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32(4):1022–1029, 2008 18313825
- Benazzi F, Akiskal HS: How best to identify a bipolar-related subtype among major depressive patients without spontaneous hypomania: superiority of age at onset criterion over recurrence and polarity? *J Affect Disord* 107(1–3):77–88, 2008 17854907
- Betzler F, Stover LA, Sterzer P, et al: Mixed states in bipolar disorder: changes in DSM-5 and current treatment recommendations. *Int J Psychiatry Clin Practice* 21(4):244–258, 2017 28417647