

Научная статья

УДК 159.922

DOI: 10.47475/2409-4102-2025-30-2-45-52

ОСОБЕННОСТИ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Полина Сергеевна Должанская^{1✉}, Елена Викторовна Малинина²

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия, polinapioro66@gmail.com

² Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия, malinina.e@rambler.ru

Аннотация. Широкая распространённость биполярного аффективного расстройства (БАР), трудности его диагностики, долгий период от начала заболевания до постановки правильного диагноза и назначения верного лечения определяет необходимость подробного изучения БАР со всех сторон. Выполнен обзор научных публикаций текстовой базы данных Cyberleninka и Elibrary, посвящённый своевременному выявлению данного заболевания. Критериями включения являлись рандомизированные клинические исследования, метаанализы и систематические обзоры, релевантные полнотекстовые статьи о БАР. Критериями исключения были статьи низкого качества. Терминология статьи соответствует используемой во включённых в обзор публикациях. Применён общенаучный метод анализа, обобщения, сравнения и систематизации данных по теме исследования. Выявлены основные симптомы, методы диагностики, факторы и группы риска БАР. Результаты анализа показали, что к факторам риска относятся наследственно-конституциональные особенности в виде наследственной отягощённости, темпераментальных характеристик, влияние неблагоприятных семейных факторов (жестокое обращение, насилие в семье), чрезмерное использование разрешённых или запрещённых психоактивных веществ, экономический и эмоциональный стресс (потери или сепарации); клинические проявления можно представить типичными депрессивным и маниакальным эпизодом со средней продолжительностью 3–6 месяцев, возникающими чаще в весенний или осенний период с усилением выраженности преимущественно в утренние часы при БАР I, и депрессивным, гипоманиакальным и смешанным эпизодом, нередко с быстроциклическим течением заболевания и специфическими пусковыми механизмами, в том числе в виде родов, при БАР II; диагностике в первую очередь должны быть подвержены все пациенты с рекуррентной депрессией, молодого возраста и после родов.

Ключевые слова: БАР I, БАР II, клиника, факторы риска, диагностика, специфические симптомы, депрессия, мания, гипомания

Для цитирования: Должанская П. С., Малинина Е. В. Особенности своевременного выявления и диагностики биполярного аффективного расстройства // Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. 2025. № 2 (30). С. 45–52. DOI: 10.47475/2409-4102-2025-30-2-45-52

Original article

CHARACTERISTICS OF TIMELY DETECTION AND DIAGNOSIS OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER (REVIEW)

Polina S. Dolzhanskaya¹, Elena V. Malinina²

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia, polinapioro66@gmail.com.

² South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia, malinina.e@rambler.ru

Abstract. Widespread prevalence of bipolar affective disorder (BAD), difficulties in its diagnosis, a long period from the beginning of disease to making the correct diagnosis and prescribing the correct treatment determines the need for a detailed study of the BAD from all sides. The aim of the study is the review of scientific publications of

text database Cyberleninka and Elibrary dedicated to the timely detection for this disease. Inclusion criteria were: randomized clinical trials, meta-analyses and systematic reviews, relevant full-text articles on BAD. Articles of poor quality were excluded. The terminology of the article corresponds to the terminology used in the publications included in the review. General scientific method of analyzing, generalizing, comparing and systematizing data on a research topic was applied. Main symptoms, diagnostic methods, risk factors and groups BAD were revealed. The results of the analysis showed that risk factors include hereditary constitutional features in the form of hereditary burden, temperamental characteristics, influence of unfavorable family factors (abuse, domestic violence), excessive use of legal or illegal psychoactive substances, economic and emotional stress (losses or separations). The main symptoms include typical depressive and manic episodes with an average duration of 3–6 months occurring more often in the spring or autumn period with increased severity in the morning hours at BAD I, and depressive, hypomanic and mixed episodes, often with a rapidly cyclical course of the disease and specific trigger mechanisms, including in the form of childbirth, at BAD II. All patients with recurrent depression, young and postpartum should be diagnosed first.

Keywords: BAD I, BAD II, clinic, risk factors, diagnostics, specific symptoms, depression, mania, hypomania

For citation: Dolzhanskaya P. S., Malinina E. V. Characteristics of timely detection and diagnosis of bipolar affective disorder. *Bulletin of the Chelyabinsk State University. Education and Healthcare*. 2025;(2(30):45-52. (In Russ.). DOI: 10.47475/2409-4102-2025-30-2-45-52

Введение

БАР — психическое заболевание современности, одна из наиболее обсуждаемых тем на данный момент. Стоит заметить, что данная патология не только интересна для изучения, но и достаточно сложна в диагностике, лечении. Она усложняет жизнь пациента, меняет привычный ритм, создаёт дополнительную нагрузку. Вместе с тем усложняет работу врача, создавая проблему нескольких вариантов диагноза и подбора терапии.

Проблема изучения БАР является актуальной, поскольку рост данного вида патологии подтверждается практически всеми исследователями. В то же время диагностика данного расстройства остаётся несвоевременной и затруднительной. Распространённость БАР 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 количество случаев заболеваемости 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, страдающих от БАР II больше, 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, количество случаев БАР II типа в общей популяции возрастает до 5 % и более [5].

Распространённость БАР по данным различных эпидемиологических исследований состав-

ляет от 0,5 % до 2 % (в среднем около 1 %), при этом риск развития в течение жизни, по некоторым данным, достигает 5 % [6].

Определение

Термины «меланхолия» и «мания» используются в медицине достаточно и упоминались ещё в работах Гиппократов. В 1899 г. Э. Крепелиным был предложен термин «маниакально-депрессивный психоз» для обозначения периодических психозов с аффективной симптоматикой и полной редукцией психических расстройств в межприступном периоде. В настоящее время данное заболевание принято называть биполярным аффективным расстройством (БАР) [7–9].

БАР — это эндогенное психическое заболевание, проявляющееся преимущественно аффективной симптоматикой в виде периодически возникающих депрессивных или маниакальных приступов (фаз, эпизодов), в промежутках между которыми (в интермиссиях) происходит полная редукция всех психопатологических проявлений. Негативная симптоматика и выраженные изменения личности при этом заболевании не развиваются [10].

БАР чаще возникает у женщин и может начаться в любом возрасте, но наиболее характерно его развитие в молодом (после 20 лет) и зрелом возрасте. Иногда при позднем начале заболевания в анамнезе отмечается наличие в юношеском возрасте 1 или 2 стёртых приступов субдепрессии (субклинической депрессии) или гипоманий (субклинических маний), которые не потребовали обращения к врачу [10].

Клиника

Заболевание делится на 2 вида: БАР I типа и БАР II типа.

Клиника БАР I проявляется типичными депрессивными и маниакальными синдромами, а также стёртыми и атипичными вариантами (ипохондрия, навязчивости, сенестопатии). Возможны смешанные состояния (гневливая мания, ажитированная депрессия). Приступы длятся от нескольких дней до нескольких лет (в среднем 3–6 месяцев), маниакальные эпизоды короче депрессивных. Обострения часто возникают весной и осенью, с ухудшением состояния по утрам (повышенный риск суицидов). У женщин провоцирующим фактором может быть менструальный цикл.

Маниакальная фаза включает триаду: ускоренное мышление, гипертимию и двигательное возбуждение. Стадии:

1. Гипоманиакальная — повышенное настроение, ускоренная речь, снижение сна.
2. Выраженная мания — усиление симптомов, бред величия, снижение сна до 3–4 часов.
3. Маниакальное неистовство — хаотичное возбуждение, бессвязная речь.
4. Двигательное успокоение — снижение возбуждения при сохранении гипертимии.
5. Реактивная — нормализация состояния, возможна астения.

Депрессивная фаза проявляется подавленным настроением, замедленным мышлением и двигательной заторможенностью. Стадии:

1. Начальная — снижение тонуса, ухудшение сна.
2. Нарастающая депрессия — тревога, бессонница, снижение аппетита.
3. Выраженная депрессия — депрессивный ступор, бред самообвинения, высокий риск суицида.
4. Реактивная — постепенное улучшение, возможна гипертимия.

Типы течения:

- монополярный — только депрессивные или только маниакальные эпизоды;
- биполярный — чередование фаз. Возможен континуальный (непрерывный) вариант. БАР I — с выраженными маниями, БАР II — с гипоманиями.

Когнитивные нарушения наблюдаются у 75 % пациентов даже в ремиссии, затрагивая память, внимание и исполнительные функции. Наибольший дефицит отмечается в вербальной памяти и планировании, особенно у пациентов с низким уровнем функционирования.

Клиника БАР II характеризуется менее выраженными маниакальными эпизодами (гипома-

ния) по сравнению с БАР I, но более тяжёлыми и затяжными депрессивными фазами, часто с психотическими симптомами. Особенностью является высокая частота смешанных состояний, когда симптомы депрессии и гипомании сочетаются в одном эпизоде. Такие смешанные эпизоды связаны с неблагоприятным прогнозом и резистентностью к терапии.

Депрессивные эпизоды при БАР II часто проявляются психомоторной заторможенностью, эмоциональной лабильностью, гиперфагией с увеличением веса, гиперсомнией и выраженными суицидальными тенденциями. Характерно также наличие тревожно-фобической симптоматики.

Гипоманиакальные фазы протекают с повышенным настроением, гиперактивностью, сниженной потребностью во сне, разговорчивостью, расторможенностью в поведении и общении. Однако пациенты часто не воспринимают эти состояния как болезненные, что затрудняет диагностику.

Течение БАР II может быть быстроциклическим (4 и более эпизодов в год), что повышает риск суицида. У женщин провоцирующим фактором могут быть роды — послеродовая гипомания или депрессия нередко становятся первыми проявлениями заболевания.

Таким образом, БАР II отличается преобладанием депрессивных и смешанных состояний, высокой частотой тревожных расстройств и сложностями диагностики из-за слабой выраженности гипоманиакальных эпизодов.

Факторы риска развития БАР

Факторы риска развития БАР включают комплекс биологических, психологических и социальных детерминант. Наследственная предрасположенность рассматривается как ключевой элемент патогенеза: исследования указывают на роль аномальной экспрессии нейротрофического фактора мозга (BDNF) как потенциального эндотипа заболевания. У родственников первой линии риск развития БАР повышается в 5–10 раз, причём наследственность чаще проявляется через темпераментальные особенности, чем через конкретные симптомы.

Преморбидные личностные характеристики играют значительную роль:

- для БАР I характерны гипертимные и циклоидные черты;
- при БАР II чаще отмечаются дистимические и тревожно-неустойчивые черты темперамента;

– по модели Cloninger, ключевое значение имеют три темпераментальных вектора: поиск новизны (допаминергическая система), избегание вреда (серотонинергическая) и зависимость от вознаграждений (норадренергическая).

Психосоциальные факторы:

- детские травмы (физическое/сексуальное насилие) увеличивают риск в 1,5–3 раза;
- стрессовые события (потери, сепарации) часто предшествуют первому эпизоду;
- неблагоприятные условия воспитания формируют уязвимость к аффективным нарушениям.

Клинические маркеры риска:

- наличие тревожных расстройств в анамнезе;
- резистентность антидепрессантной терапии;
- послеродовые аффективные эпизоды;
- быстрая цикличность (≥ 4 эпизодов/год).

Современные исследования подчёркивают необходимость комплексного подхода, учитывающего взаимодействие генетической предрасположенности, преморбидных характеристик личности и средовых факторов. Особое внимание уделяется поиску биомаркеров и разработке стратегий раннего вмешательства при первых признаках аффективной патологии.

Особенности гендерных различий клиники

Гендерные особенности БАР проявляются в клинической картине, течении и коморбидности. У женщин заболевание дебютирует раньше (24–50 лет), чаще начинается с депрессии и характеризуется преобладанием депрессивных фаз с атипичными симптомами (гиперсомния, гиперфагия). Для мужчин (21–55 лет) типичны более тяжёлые маниакальные эпизоды с психотической симптоматикой (бред величия, ревности) и агрессивным поведением.

Ключевые различия:

- депрессивные эпизоды: у женщин преобладают раздражительность, бессонница, астения и высокий суицидальный риск (в 2–3 раза выше, чем у мужчин); у мужчин чаще отмечаются тревога, апатия, психомоторная заторможенность;
- маниакальные эпизоды: мужчины склонны к гневливой мании с антисоциальными поступками, женщины — к гиперсексуальности и завышенной самооценке;
- течение: у женщин чаще БАР II типа с длительными депрессиями и гипоманиями, у мужчин — БАР I с быстроциклическим вариантом.
- коморбидность: женщины чаще страдают метаболическими и гинекологическими наруше-

ниями, мужчины — зависимостями и патологиями ЖКТ.

Триггеры:

- у женщин — репродуктивные события (беременность, послеродовой период), насилие;
- у мужчин — ЧМТ, профессиональные и социальные стрессы.

Женщины имеют более длительные ремиссии, но выраженную социальную дезадаптацию из-за частых депрессий. У мужчин выше риск агрессивного поведения и злоупотребления ПАВ. Гендерный подход важен для ранней диагностики и терапии БАР.

Коморбидность БАР с соматической патологией. Некоторые хронические заболевания встречаются у пациентов с БАР существенно чаще, чем в популяции. По полученным в исследованиях данным для больных БАР в два раза выше риск смерти от сердечнососудистых проблем. В группе пациентов с БАР гипертензия встречалась не чаще, чем в общей популяции, но в более молодом возрасте — в среднем на 4–7 лет. Сахарный диабет второго типа согласно данным литературы встречается у 9,9 % среди госпитализированных в психиатрический стационар по поводу БАР при 1,8 % распространённости сахарного диабета в общей популяции. Также среди пациентов с биполярным расстройством более распространены хронические болевые синдромы и иммунопатологические заболевания, аллергические и аутоиммунные нарушения. Особенно проблемным контингентом в плане соматической коморбидности является группа пациентов психиатрических стационаров с БАР. Пациенты, которые регулярно проходят лечение в психиатрическом стационаре, входят в группу риска по туберкулёзу. Также среди пациентов психиатрических стационаров в связи с гипосоциальным поведением более распространены инфекции, передающиеся половым путём. Среди пациентов с БАР нередко наблюдается злоупотребление алкоголем. Клиническое значение имеют патогенетические взаимосвязи между соматическими заболеваниями, биполярным расстройством и действием (как благотворным, так и нежелательным) психофармакотерапии, применяемой в лечении. Исследованиями показано, что артериальная гипертензия и нарушение толерантности к глюкозе являются компонентами единого патофизиологического процесса, а согласно последним данным единый патогенез может связывать оба этих соматических нарушения

с биполярным расстройством. С другой стороны, есть наблюдение, что нарушения мозгового кровообращения, часто развивающиеся на фоне гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа, могут влиять на характер течения БАР из-за непосредственного повреждения мозговой ткани. Один из аспектов связи обсуждаемых нарушений в том, что многие антипсихотики (в первую очередь используемые у пациентов с биполярным расстройством, атипичные, особенно клозапин) обладают негативным метаболическим эффектом и могут усугублять течение метаболического синдрома и артериальной гипертензии.

Пример сложных взаимосвязей между соматическим и психическим состояниями и эффектами фармакотерапии — это заболевания женской половой сферы. На фоне патологических аффективных колебаний у женщин могут наблюдаться нарушения менструальной функции в отсутствие другой гинекологической патологии. С другой стороны, изменения гормонального фона при беременности или в климактерический период могут спровоцировать манифестацию или очередной эпизод биполярного расстройства. Нарушения менструального цикла могут также развиваться на фоне лечения; показано, что на фоне терапии вальпроатами повышается риск развития синдрома поликистозных яичников. Также предполагается патогенетическая взаимосвязь между расстройствами настроения и хроническими болезнями синдромами, основанная на киндлинг-эффекте. Однако в то же время существует проблема дифференциальной диагностики истинных болевых синдромов от сенестопатически-ипохондрических проявлений у депрессивных пациентов. Соматическая коморбидность имеет значение и с точки зрения подбора психофармакотерапии. Например, известно, что органическое поражение ЦНС, склонность к аллергическим реакциям и дисфункция щитовидной железы повышают риск злокачественного нейрорепродуктивного синдрома. С другой стороны, нарушения соматического состояния могут быть проявлением нежелательных эффектов фармакотерапии.

Коморбидность БАР с расстройствами пищевого поведения

Наиболее часто переядание и избыточная масса тела пациентов ассоциируется не с гипоманией, а с депрессией. Именно при биполярной депрессии в качестве клинических особенностей выделяют так называемую гиперфагию (переядание).

Из всех клинических форм биполярного спектра при двойной коморбидности [БАР + приступообразное переядание (BED)] с ожирением согласно критериям DSM-V наиболее часто встречается БАР II типа и OSB RD (Other specified bipolar and related disorder — другие варианты, указанные для биполярного и связанного с ним расстройства). Alvarez Ruiz и соавт. (2015) подтверждают связь БАР с нервной булимией и BED. Есть данные о связи нервной булимии и преимущественно БАР II типа. Однако, по мнению французских авторов, подтип БАР не влияет на связь с нарушением пищевого поведения (НПП). Другие исследователи вообще предлагают выделять сочетание БАР с BED как отдельный клинический фенотип биполярного спектра. Высокая частота коморбидности депрессии и расстройств пищевого поведения указывает на наличие общих механизмов этиопатогенеза, куда можно отнести различные нарушения нейромедиаторных систем, систем стрессорной реактивности, а также дисбаланс в системе гуморальной регуляции пищевого поведения лептин — грелин. Булимическое поведение, импульсивность и аффективные расстройства наиболее вероятно связаны с нарушением серотонинергической нейротрансмиссии, что может быть результатом сопряжения генетической уязвимости и перенесённых детских психологических травм.

Диагностика

У многих пациентов БАР долгое время остаётся нераспознанным (до 10 лет с момента появления симптомов до постановки диагноза). В связи с этим более 60 % больных не получают лечения, оно не соответствует диагнозу или недостаточно эффективное. В то же время разработаны скрининговые и оценочные шкалы для выявления этого расстройства, и его критерии описаны в МКБ-10. К сожалению, так же, как и другие психические заболевания, биполярное расстройство невозможно диагностировать с помощью физиологических методов исследования таких, например, как анализ крови или сканирование головного мозга. Таким образом, диагностика биполярного расстройства производится на основании симптоматической картины, истории болезни и, по возможности, семейной истории. Помимо вышесказанного, для диагностики БАР необходимо владеть навыками распознавания проявлений мании и смешанного состояния, а также правильно оценивать психотические расстройства и состояния с быстрой сменой симптомов у возбуждённых

пациентов. В диагностике могут быть полезны скрининговые шкалы [опросник расстройств настроения (MDQ) — для БАР I и II типа, опросник гипомании (HCL-32) и диагностическая шкала биполярного спектра (BSDS) — для БАР II типа]. При депрессии важно учитывать предшествующую гипоманию, а также отслеживать реакцию на антидепрессанты и, при спонтанной или индуцированной лекарствами гипомании либо мании, оценивать их как признак принадлежности данного эпизода депрессии у данного пациента к БАР I или II типа. Признаками, позволяющими предположить биполярное течение расстройства, являются ранний первый эпизод депрессии (до 20 лет), тяжёлая послеродовая депрессия, резкое начало эпизода (за 1–2 дня), многочисленные эпизоды депрессии (1–2 в год), атипичность депрессии. Исходя из этого скрининг на БАР (прежде всего II типа) должен проводиться у всех пациентов с рекуррентной депрессией молодого возраста и после родов. Именно выявление симптомов гипомании позволит избежать ошибок в лечении, так как монотерапия антидепрессантами у таких больных может привести к резистентности к лечению. В результате частота встречаемости биполярного расстройства у психиатрических пациентов будет достаточно высокой, поэтому данный вид патологии потребует изменения отношения к нему врачей [11].

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика БАР и рекуррентного депрессивного расстройства (РДР)

Ключевые отличия депрессии при БАР:

1. Клинические особенности:
 - атипичные симптомы (гиперсомния, гиперфагия, психомоторная заторможенность);
 - выраженная тревога и раздражительность;
 - психотические симптомы и суицидальные тенденции;
 - быстрое начало и более короткая продолжительность эпизодов;
 - яркие суточные колебания (ухудшение утром);
 - сезонность (зимние обострения);
 - слабый ответ на монотерапию антидепрессантами.
2. Демографические и анамнестические особенности:
 - более ранний дебют (до 25 лет);
 - преобладание мужчин (особенно при БАР I);
 - гипертимный преморбид;

- отягощённый семейный анамнез (аффективные расстройства, алкоголизм);
- частые коморбидные состояния (ПАВ, метаболические нарушения).

3. Течение заболевания:

- большая частота эпизодов;
 - тенденция к континуальному течению;
 - выраженная социальная дезадаптация.
- Нейрокогнитивные маркеры БАР:
- нарушения исполнительных функций;
 - дефицит ингибиторного контроля (импульсивность);
 - снижение когнитивной гибкости;
 - нарушения рабочей памяти;
 - сопутствующее снижение психомоторной реакции.

Основные дифференциально-диагностические задачи:

1. С психотическими расстройствами (при наличии психозов).
2. С РДР (особенно для БАР II).
3. С тревожными и личностными расстройствами.
4. С СДВГ (при раннем дебюте).
5. С органическими аффективными расстройствами.
6. С интоксикационными состояниями (при коморбидном злоупотреблении ПАВ).

Диагностические «красные флаги» БАР:

- послеродовая депрессия;
 - инверсия аффекта на антидепрессантах;
 - множественные (>3) депрессивные эпизоды;
 - семейный анамнез БАР;
 - гипоманиакальные симптомы в анамнезе [12].
- Ранняя дифференциальная диагностика критически важна для выбора адекватной терапии и предотвращения ятрогенных осложнений.

Заключение

БАР является одним из сложно диагностируемых заболеваний современности. Оно значительно понижает качество жизни, влияет на когнитивные функции, социальную и профессиональную деятельность, поведение, мышление, память, соматическое состояние и т.д. С учётом прогрессирующего увеличения частоты выявления БАР, требуется разработка новых стратегий терапии и реабилитации больных. Быть осведомлённым о данном заболевании значит быть готовым помочь человеку, страдающему от него. Данный обзор научных публикаций помогает разобраться в профилактике и диагностике БАР.

Список источников

1. Бойко А. Г. К вопросу о клинике, диагностике, лечении биполярных аффективных расстройств. Воронеж : КУЗВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер», 2016.
2. Будневский А. В., Куташов В. А., Заложных П. Б. Современная терапия хронической сердечной недостаточности у пациентов с тревожно-аффективными расстройствами // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2015. № 7. С. 39–46.
3. Куташов В. А. [и др.] Анализ депрессивных расстройств и психологические особенности пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2014. Т. 4, № 13. С. 870–874.
4. Мосолов С. Н., Ушакова А. В., Костюкова Е. Г. [и др.] Диагностика биполярного расстройства II типа пациентов с текущим диагнозом рецидивирующего депрессивного расстройств // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 2. С. 2–14.
5. Чубирко А. Г., Ширяев О. Ю., Резников К. М. Способы коррекции симптомов депрессии у пациентов с хроническим простатитом // Врач-Аспирант. 2012. № 2.2 (51). С. 379–383.
6. Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert [et al.] Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004. № 109(420). С. 8–20.
7. Ehnvall A., Agren H. Patterns of sensitisation in the course of affective illness. A life-charting study of treatment-refractory depressed patients // Journal Affect Disord. 2002. № 70. P. 67–75.
8. Kawa I., Carter J. D., Joyce P. R. [et al.] Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation // Bipolar Disord. 2005. № 7 (2). P. 119–25.
9. Kessler R. C., McGonagle K. A., Zhao S. [et al.] Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey // Arch Gen Psychiatry. 1994. № 51 (1). P. 8–19.
10. Lloyd T., Jones P. B. The epidemiology of first-onset mania. Textbook in Psychiatric Epidemiology. 2002. № 2. P. 445–458.
11. MacQueen G. M., Young L. T. Bipolar II Disorder: symptoms, course and response to treatment // Psychiatr Serv. 2001. № 52 (3). P. 358–61.
12. National Depressive and Manic-Depressive Association DMDA. National Survey of NDMDA Members Finds Long Delay in Diagnosis of Manic Depressive Illness // Hosp Commun Psychiatry. 1993. № 44 P. 800–801.

References

1. Boyko AG. K voprosu o klinike, diagnostike, lechenii bipolyarnykh affektivnykh rasstroystv = On the question of clinic, diagnosis and treatment of bipolar affective disorders. Voronezh: Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary; 2016. (In Russ.).
2. Budnevskii AV, Kutashov VA, Zalozhnykh PB. Modern therapy of chronic heart failure in patients with anxiety-affective disorders. *Vestnik nevrologii, psikhiiatrii i neirokhirurgii = Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2015;(7):39-46. (In Russ.).
3. Kutashov VA, et al. Analysis of depressive disorders and psychological characteristics of patients with consequences of acute cerebrovascular accident. *Sistemnyi analiz i upravlenie v biomeditsinskikh sistemakh = System Analysis and Management in Biomedical Systems*. 2014;4(13):870-874. (In Russ.).
4. Mosolov SN, Ushakova AV, Kostyukova EG, et al. Diagnosis of bipolar disorder type II in patients with current diagnosis of recurrent depressive disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Modern Therapy of Mental Disorders*. 2014;(2):2-14. (In Russ.).
5. Chubirko AG, Shiryaev OYu, Reznikov KM. Methods for correcting depression symptoms in patients with chronic prostatitis. *Vrach-Aspirant = Postgraduate Doctor*. 2012;(2.2(51):379-383. (In Russ.).
6. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;(109(420):8-20.

7. Ehnvall A, Agren H. Patterns of sensitisation in the course of affective illness. A life-charting study of treatment-refractory depressed patients. *J Affect Disord.* 2002;(70):67-75.
8. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disord.* 2005;7(2):119-25.
9. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;(51(1):8-19.
10. Lloyd T, Jones PB. The epidemiology of first-onset mania. *Textbook in Psychiatric Epidemiology.* 2002;(2):445-458.
11. MacQueen GM, Young LT. Bipolar II Disorder: symptoms, course and response to treatment. *Psychiatr Serv.* 2001;(52(3):358-61.
12. National Depressive and Manic-Depressive Association DMDA. National Survey of NDMDA Members Finds Long Delay in Diagnosis of Manic Depressive Illness. *Hosp Commun Psychiatry.* 1993;(44):800-801.

Информация об авторах

П. С. Должанская — врач-ординатор психиатр.

Е. В. Малинина — доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии.

Information about the authors

P. S. Dolzhanskaya — resident psychiatrist.

E. V. Malinina — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry.

*Статья поступила в редакцию 11.05.2025;
принята к публикации 06.06.2025.*

*The article was submitted 11.05.2025; accepted for
publication 06.06.2025.*

Вклад авторов: оба автора сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.