

Тювина Н.А., Коробкова И.Г.

Кафедра психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия
119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа

Цель исследования – изучение клинических особенностей депрессии в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР) I и II типа.

Пациенты и методы. Обследовано 100 больных с депрессией, среди которых 25 страдали БАР I типа (БАР I), 37 – БАР II типа (БАР II), 38 – рекуррентным депрессивным расстройством (РДР, группа сравнения). Состояние больных оценивали в соответствии с диагностическими критериями аффективных расстройств по МКБ-10 и DSM-V с использованием специально разработанного опросника.

Результаты. Депрессия при БАР имеет особенности, отличающие ее от РДР: половая предпочтительность (мужчины); более ранний возраст начала заболевания; меньшая длительность, но большая частота обострений; большая склонность к континуальному течению; более выраженное снижение социальной и семейной адаптации; развитие у лиц с преимущественно гипертичным преморбидом; более частая наследственная отягощенность по аффективным расстройствам, шизофрении и алкоголизму; высокая коморбидность с обменными заболеваниями и злоупотреблением психоактивными веществами; ухудшение состояния чаще в осенне-зимнее время; преобладающий тревожный аффект и выраженное снижение интересов в структуре депрессии; большая частота атипичных нарушений сна, аппетита и массы тела; высокий уровень суицидальной активности; более высокий уровень моторной заторможенности (при БАР I); относительно небольшая включенность соматических жалоб (при БАР I) и частое развитие панических атак (при БАР II).

Заключение. Знание особенностей депрессии при БАР позволит проводить более точную дифференциальную диагностику и более эффективное лечение таких пациентов.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство; рекуррентное депрессивное расстройство; расстройства биполярного спектра; депрессия; клинические особенности.

Контакты: Ирина Григорьевна Коробкова; korobkova_i@inbox.ru

Для ссылки: Тювина НА, Коробкова ИГ. Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;(8)1:22–28.

Comparative clinical characteristics of depression in bipolar affective disorders types I and II

Tyuvina N.A., Korobkova I.G.

*Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,
Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021*

Objective: to investigate the clinical features of depression within bipolar affective disorders types I and II (BADI and BADII).

Patients and methods. An examination was made in 100 depressive patients, including 25 with BADI, 37 with BADII, and 38 with recurrent depressive disorder (RDD) (a comparison group). The patients' status was evaluated in accordance with the ICD-10 and DSM-V affective disorder criteria, by using a specially developed questionnaire.

Results. BAD-related depression has features distinguishing it from RDD: sexual preference (men); an earlier age of disease onset; a shorter duration, but a higher frequency of exacerbations; a greater tendency for the continuum; a more marked decrease in social and family adaptation; development in people with predominantly hyperthymic premorbid; more frequently a family history of affective disorders, schizophrenia, and alcoholism; high comorbidity with metabolic diseases and psychoactive substance abuse; worse health more commonly in autumn and winter; a predominant anxious affect and an obviously decreasing interest in the structure of depression; a higher incidence of atypical sleep, appetite, and weight disorders; high suicidal activity; higher motor retardation (in BADI); relatively small involvement of somatic complaints in BAD I and frequent panic attacks in BADII.

Conclusion. Knowledge of the specific features of BAD-related depression will be able to make a more accurate differential diagnosis and to perform more effective treatment in these patients.

Keywords: bipolar affective disorder; recurrent depressive disorder; bipolar spectrum disorders; depression; clinical features.

Contact: Irina Grigoryevna Korobkova; korobkova_i@inbox.ru

For reference: Tyuvina NA, Korobkova IG. Comparative clinical characteristics of depression in bipolar affective disorders types I and II. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2016;(8)1:22–28.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-22-28>

Еще в середине прошлого века биполярное аффективное расстройство (БАР) считалось редким и легко диагностируемым заболеванием (им страдало примерно 0,5% в популяции), имеющим типичную клиническую картину и хорошо поддающимся терапии [1]. Однако дальнейшее изучение этой темы и развитие современной концепции расстройств биполярного спектра выявили ряд существенных проблем в подходах к диагностике и лечению БАР.

Диагностику БАР определяет развитие на том или ином этапе заболевания маниакальной/гипоманиакальной фазы, однако более чем в половине случаев заболевание манифестирует с депрессии [2, 3], а до развития первой мании/гипомании пациент может перенести несколько депрессивных эпизодов [2]. В результате длительное время заболевание квалифицируется как рекуррентное депрессивное расстройство (РДР). Если диагностика развернутой мании, во время которой пациент попадает в поле зрения врача-психиатра, обычно не вызывает сложностей, то состояния гипомании зачастую не диагностируются даже опытными специалистами, оценивающими их как личностные особенности пациента или как «нормальное хорошее настроение» на момент приема у врача [4]. Ситуацию также осложняет и то, что пациенты в маниакальном и тем более в гипоманиакальном состоянии значительно реже, чем при депрессии, обращаются за медицинской помощью, считая свое состояние субъективно приятным, комфортным, нормальным [5].

Тем не менее важность выявления маниакальных/гипоманиакальных фаз неоднократно показана в различных исследованиях, так как недостаточное внимание к наличию таких состояний в анамнезе ведет к ошибочной диагностике других заболеваний, в первую очередь РДР, а, следовательно, и к выбору неверной тактики лечения. Именно этим большинство исследователей объясняют патоморфоз заболевания, заключающийся в более частом появлении быстроразвивающихся и континуальных форм течения БАР, плохо поддающихся терапии [6–9]. Все это приводит к более высокой частоте обострений заболевания, ухудшению обще-клинического и социально-трудового прогноза и снижению качества жизни пациентов [6, 10, 11].

Случаи БАР, при которых пациент не сталкивается с развернутыми маниями, а переносит лишь сравнительно мягкие гипоманиакальные фазы, в настоящее время принято относить к БАР II типа (БАР II). Само понятие «биполярное аффективное расстройство» II типа – сравнительно «молодое» и было введено D. Dunner и соавт. около 30 лет назад [цит. по 10, 11]. В последующих исследованиях, не только клинических, но и генетических, было показано, что БАР II является самостоятельным заболеванием с крайне низкой вероятностью перехода в БАР I [12].

В соответствии с данными Американского руководства по диагностике и статистике психических расстройств 5-го пересмотра (DSM-V) БАР I и БАР II отнесены к разным диагностическим категориям, тем самым закреплены разли-

чия в их клинической картине, течении, наследственной предрасположенности и как следствие – лечении. В МКБ-10 это разделение фактически отсутствует.

Несмотря на важность выявления гипоманиакальных/маниакальных состояний для установления правильного диагноза у пациентов с БАР, значительно больший социально-экономический ущерб наносят именно депрессивные эпизоды [5, 13, 14]. Это связано с большей средней длительностью и частотой депрессий по сравнению с гипоманиями [15–17], более выраженным снижением социальной адаптации больных во время депрессивных эпизодов [18, 19], более высоким риском коморбидных соматических заболеваний и зависимости от психоактивных веществ [18, 20, 21], высоким риском суицида [22, 23].

Известно, что депрессия в рамках БАР имеет ряд клинических особенностей, отличающих ее от РДР. При наличии этих признаков в структуре депрессивного приступа нельзя исключить возможность биполярного течения заболевания. В частности, исследователи отмечают, что депрессия при БАР не всегда соответствует критериям типичного депрессивного эпизода (F32) по МКБ-10, а ближе к атипичным депрессиям, выделенным в DSM-IV [24]. Для них характерны высокий уровень психомоторной заторможенности и тяжести в теле [25, 26], лабильность эмоций, гиперфагия, сопровождающаяся увеличением массы тела, и гиперсомния [25–28]. При БАР чаще развиваются депрессии с психотическими симптомами и больше выраженность суицидальных тенденций [29]. Раздражительность, даже без выраженного снижения настроения, при депрессии сочетается с депрессивными идеями, особенно у подростков и пожилых пациентов [28]. Депрессия при БАР чаще характеризуется семейным анамнезом расстройства и более ранним возрастом начала (до 25 лет) [30]. Кроме того, тревога и страх чаще встречаются при депрессии в рамках БАР, тогда как для РДР в большей мере характерны печаль, бессонница, когнитивные и соматические жалобы [31]. В то же время более поздние сравнительные исследования показали высокую частоту тоскливого аффекта в структуре депрессии при БАР [32]. БАР можно заподозрить при развитии у женщин тяжелой послеродовой депрессии [24, 33, 34]. Депрессия в рамках БАР имеет тенденцию к более быстрому нарастанию симптоматики, большую частоту (примерно вдвое выше) и меньшую длительность [35] по сравнению с таковой при РДР [36, 37]. Депрессия при БАР отличается более выраженной сезонностью, чем униполярная депрессия, при этом депрессивные эпизоды чаще развиваются в зимнее время [34]. Для БАР характерны и более выраженные суточные колебания состояния с ухудшением в утренние часы, в том числе и ранняя утренняя бессонница [37]. Наконец, потенциально полезным маркером БАР может считаться слабый ответ на монотерапию антидепрессантами [38]. Однако в подавляющем большинстве исследований изучалась клиническая картина депрессий именно в рамках «класси-

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика пациентов

Показатель	БАР I (n=25)	БАР II (n=37)	РДР (n=38)
Мужчины/женщины	17/8	25/12	12/26
Средний возраст к началу заболевания (M±m), годы*	19,5±0,7	26,7±1,8	37,9±1,6
Средний возраст на момент включения в исследование (M±m), годы**	37,2±2,6	42,5±2,3	46,2±1,7
Средняя продолжительность депрессии (M±m), мес	3,5±0,8	4,6±0,9	5,5±1,3
Число перенесенных эпизодов***	11,2±1,6	5,8±0,5	3,9±0,4
Число больных, %:			
работают или учатся****	36,0	62,2	65,8
на инвалидности	12,0	8,1	0
состоят в браке***	24,0	56,8	71,0

* – p<0,001; ** – p=0,026; *** – p<0,001; **** – p=0,039.

ческого» БАР I, тогда как многочисленная группа пациентов с депрессиями при БАР II оставалась без внимания.

Существующие противоречия в оценке клинической картины депрессии при БАР в итоге приводят к ошибкам диагностики, а те в свою очередь – к выбору неверной тактики лечения. Таким образом, актуальность представленной темы определяется в первую очередь необходимостью более точной дифференциальной диагностики аффективных расстройств для улучшения помощи таким пациентам.

Цель настоящего исследования – изучение клинико-психопатологических особенностей депрессий при БАР I и II.

Пациенты и методы. Исследование проводилось с 2013 по 2015 г. в амбулаторных и стационарных условиях психиатрической клиники им. С.С. Корсакова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Критериями включения в исследование являлись: наличие текущего депрессивного эпизода в рамках БАР I, БАР II (исследуемые группы) и РДР (группа сравнения); наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании; возраст от 18 до 65 лет; как мужской, так и женский пол; отсутствие декомпенсированной тяжелой соматической патологии.

Критериями исключения были: депрессивное состояние в рамках других нозологий (депрессии при шизофрении, органические и соматогенные депрессии, реактивные депрессивные состояния); нежелание или неспособность пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании; беременность, кормление грудью.

Обследовано 100 больных женского (46) и мужского (54) пола с депрессией, среди них с БАР I было 25 пациентов (17 мужчин и 8 женщин), с БАР II – 37 (25 мужчин и 12 женщин), с РДР – 38 (12 мужчин и 26 женщин).

Состояние больных оценивали в соответствии с диагностическими критериями аффективных расстройств по МКБ-10 и DSM-V с использованием специально разработанного опросника. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics.

Результаты и обсуждение. Сравнительное исследование больных, страдающих БАР I, БАР II и РДР, выявило ряд существенных различий как в социально-демографических

показателях (табл. 1), так и в клинической картине заболевания. Группы были неоднородны по половому составу: среди больных с БАР I и II преобладали мужчины, а в группе РДР было достоверно больше женщин. Больные РДР были «старше», чем пациенты с БАР I. Средний возраст начала заболевания у пациентов с БАР I был достоверно ниже по сравнению с больными с РДР (19,5±0,7 и 37,9±1,6 года соответственно). Обострения у больных с БАР I отмечались достоверно чаще, чем у пациентов с РДР (11,2±1,6 и 3,9±0,4 перенесенных эпизодов соответственно), при этом 7 (28,0%) пациентов соответствующей выборки имели тенденцию к формированию континуального течения заболевания. Депрессия была менее продолжительной в группе БАР I, чем в группе РДР (3,5±0,8 и 5,5±1,3 мес соответственно), однако эти различия не достигали уровня статистической значимости (p=0,508). Обращает на себя внимание более низкий уровень социальной адаптации у больных с БАР I типа по сравнению с пациентами, страдающими РДР, как в семейной, так и в профессиональной сфере. Группа больных с БАР II характеризовалась средними показателями между БАР I и РДР.

В структуре преморбидных личностных особенностей у обследованных всех трех групп встречались гипертимные, тревожные и демонстративные черты. При этом в группе БАР I достоверно преобладал гипертимный преморбид (68,0% больных; p<0,001), в группе РДР – тревожный (79,0%; p<0,001). В группе БАР II гипертимные и тревожные преморбидные личностные черты встречались с одинаковой частотой (по 43,2% соответственно).

Наследственность у больных с БАР I и БАР II (табл. 2) была достоверно чащеотягощена аффективными расстройствами по сравнению с группой РДР (соответственно 60,0; 29,7 и 10,5%; p<0,001 и p=0,039), особенно за счет мягких субклинических форм расстройств настроения (48,0; 16,2 и 2,6%; p=0,001 и p=0,044). У родственников больных с БАР также достоверно чаще встречались приступообразные и рекуррентные формы шизофрении и алкоголизм (см. табл. 2).

Исследование коморбидности аффективных расстройств с соматической патологией показало, что для больных с БАР в целом характерен более низкий уровень сочетанных заболеваний внутренних органов по сравнению с пациентами, страдающими РДР (табл. 3). При этом у больных с РДР наиболее часто выявлялись заболевания по-

Таблица 2. *Наследственная отягощенность психическими расстройствами (% больных)*

Наследственная отягощенность	БАР I	БАР II	РДР
Аффективные расстройства			
Наследственность не отягощена	40,0	70,3	89,5
Аффективные колебания субклинического уровня	48,0*	16,2**	2,6
Реактивные депрессии	0	2,7	0
Послеродовые депрессии	4,0	0	2,6
Депрессии позднего возраста	8,0	5,4	0
Установленный диагноз аффективного заболевания (БАР, РДР)	0	5,4 (БАР I)	5,3 (РДР)
Другие психические расстройства			
Наследственность не отягощена	64,0	73,0	94,7
Алкоголизм	24,0***	13,5	5,3
Шизофрения (приступообразная и рекуррентная формы)	12,0***	13,5***	0

* – $p=0,001$; ** – $p=0,044$; *** – $p=0,025$.

ловой сферы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сердечно-сосудистой системы. В группе испытуемых с БАР I достоверно чаще встречались лишь обменные заболевания (28,0; 10,8 и 2,6% соответственно; $p=0,010$). Группа пациентов с БАР II по показателю коморбидности с заболеваниями внутренних органов занимала промежуточное положение между двумя другими группами. Сердечно-сосудистая патология у обследованных была представлена гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца (в том числе перенесенными острыми инфарктами миокарда), врожденными сердечными пороками. Обменные заболевания включали ожирение различной степени, метаболический синдром. Среди заболеваний органов ЖКТ встречались хронический гастрит и гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, панкреатит, гепатит, желчнокаменная болезнь, псевдомембранозный колит, дивертикулез кишечника, синдром раздраженной кишки. Заболевания легких были представлены бронхиальной астмой, а также частыми острыми респираторными вирусными инфекциями и пневмониями. Неврологические заболевания включали мигрень, вегетососудистую дистонию, вертебробазилярную недостаточность, невралгию тройничного нерва. Среди заболеваний половой сферы встречались хронический простатит и эректильная дисфункция у мужчин; дисфункция яичников, миома матки, хронический аднексит, эндометриоз, бесплодие, привычное невынашивание беременности, частые внематочные беременности, тяжелый или ранний климакс у женщин. Среди кожных заболеваний отмечались псориаз, нейродермит, аллергические высыпания.

Таблица 3. *Соматические заболевания у пациентов с БАР и РДР, n (%)*

Заболевания	БАР I	БАР II	РДР
Сердечно-сосудистые заболевания	3 (12,0)	8 (21,6)	15 (39,5)*
Обменные заболевания	7 (28,0)**	4 (10,8)	1 (2,6)
Заболевания органов ЖКТ	2 (8,0)	8 (21,6)	13 (34,2)***
Заболевания легких	3 (12,0)	2 (5,4)	2 (5,3)
Неврологические заболевания	0	0	3 (7,9)
Заболевания половой сферы	2 (8,0)	4 (10,8)	14 (36,8)****
Кожные заболевания	0	1 (2,7)	2 (5,3)

* – $p=0,038$; ** – $p=0,010$; *** – $p=0,037$; **** – $p=0,023$.

Пациенты с БАР I были более склонны к сочетанному злоупотреблению психоактивными веществами (соответственно 56,0; 24,3 и 21,1%; $p=0,003$). В группах БАР II и РДР этот показатель был ниже и достоверно не различался.

Ухудшение состояния при БАР I чаще наблюдалось в зимнее («темное») время (68,0%), для больных с РДР была более характерна «классическая» осенне-весенняя сезонность обострений (81,6%; $p<0,001$). Группа БАР II занимала по этому показателю промежуточное положение между группами БАР I и РДР и характеризовалась примерно одинаковой частотой обоих вариантов сезонного ухудшения состояния.

Во всех трех группах большинство пациентов отмечали ухудшение самочувствия в утренние часы, однако доля больных с «типичной» суточной динамикой состояния в группе БАР II была достоверно ниже по сравнению с двумя другими группами (соответственно 84,0; 62,2 и 86,8%; $p=0,037$).

В структуре депрессивного состояния у всех обследованных в целом преобладал тревожный аффект, однако у пациентов с БАР II тревога отмечалась относительно чаще, чем в двух других группах (соответственно 56,0; 75,5 и

Таблица 4. Основные симптомы депрессии, n (%)

Симптом	БАР I	БАР II	РДР
Снижение интересов	25 (100,0)*	30 (81,1)	28 (73,7)
Ангедония	21 (84,0)	28 (75,7)	28 (73,7)
Анестезия чувств	12 (48,0)	17 (45,9)	26 (68,4)
Заниженная самооценка и идеи самоуничтожения	20 (80,0)	27 (73,0)	29 (76,3)
Идеи самообвинения	18 (72,0)	29 (78,4)	25 (65,8)
Трудности концентрации внимания, замедление мышления	23 (92,0)	30 (81,1)	28 (73,7)
Отсутствие энергии, сил, постоянное чувство усталости	24 (96,0)	31 (83,8)	29 (76,3)

* – p=0,023.

Таблица 5. Соматические симптомы депрессии, n (%)

Соматические жалобы	БАР I	БАР II	РДР
Со стороны сердечно-сосудистой системы	2 (8,0)	8 (21,6)	10 (26,3)
Со стороны ЖКТ	2 (8,0)	5 (13,5)	6 (15,8)
Панические атаки	5 (20,0)	14 (37,8)*	4 (10,5)
Кожные высыпания	0	1 (2,7)	2 (5,3)
Неприятные ощущения в различных частях тела	2 (8,0)	2 (5,4)	3 (7,9)
Отсутствуют	14 (56,0)	7 (18,9)	13 (34,2)

* – p=0,013.

52,6%), хотя различия не достигали статистической достоверности (p=0,065). Тоскливое настроение достоверно чаще регистрировалось у испытуемых из группы РДР (12,0, 10,8 и 39,5% соответственно; p=0,003). Жалобы на апатию были более характерны для больных с БАР I типа (32,0, 13,5 и 7,9% соответственно; p=0,030).

Частота основных симптомов депрессии у обследованных представлена в табл. 4. При БАР I по сравнению с другими группами достоверно чаще отмечалось снижение интересов (100,0, 81,1 и 73,7% соответственно; p=0,023). Такие депрессивные симптомы, как ангедония и снижение самооценки, во всех группах были представлены примерно одинаково. Проявления анестезии чувств были более характерны для больных с РДР, однако эти различия не достигали уровня статистической достоверности (p=0,106). Идеи самообвинения (в представленной выборке – сверхценного характера), замедление мышления и отсутствие сил чаще регистрировались у больных с БАР, однако эти различия также не достигали уровня статистической значимости (p=0,479, p=0,193 и p=0,114 соответственно).

Нарушения сна характеризовались трудностями при засыпании, поверхностным сном с частыми ночными пробуждениями, отсутствием чувства сна, ранними утренними пробуждениями и повышенной сонливостью в дневное время (гиперсомния). При этом ранние утренние пробуждения достоверно чаще беспокоили пациентов с РДР (20,0, 27,0 и

52,6% соответственно; p=0,013), в то время как многие больные с БАР I отмечали «атипичные» нарушения сна по типу гиперсомнии (48,0, 8,1 и 7,9% соответственно; p<0,001). Пациенты из группы БАР II более других были склонны жаловаться на трудности при засыпании (40,0, 62,2, 44,7% соответственно; p=0,164) и частые ночные пробуждения (44,0, 64,9, 55,3% соответственно; p=0,266), однако эти различия между группами не были статистически значимы.

Во всех трех группах у пациентов отмечалось снижение аппетита и массы тела (76,0, 67,6 и 84,2% соответственно). У больных с БАР сравнительно чаще, чем при РДР, наблюдались «атипичные» проявления в виде усиления аппетита и повышения массы тела (24,0, 32,4 и 15,8% соответственно), однако эти различия не достигали уровня статистической достоверности (p=0,241).

В отношении изменения либидо различий между группами не выявлено: подавляющее большинство испытуемых всех групп отмечали выраженное снижение сексуального влечения (96,0, 91,9 и 94,7% соответственно).

Суицидальная активность, проявляющаяся суицидальными мыслями, намерениями и попытками, достоверно чаще отмечалась у больных с БАР I по сравнению с больными

с РДР. Пациенты, страдающие БАР II, занимали промежуточное положение по данному показателю (76,0, 40,5 и 13,2% соответственно; p<0,001).

У больных с БАР I регистрировался отчетливо более высокий уровень психомоторной заторможенности по сравнению с пациентами двух других групп (80,0, 43,2 и 44,7% соответственно; p=0,008).

Соматические проявления депрессии (табл. 5) в исследуемой выборке были представлены жалобами со стороны сердечно-сосудистой системы (учащение пульса, колебания артериального давления, неприятные ощущения в области сердца) и ЖКТ (тошнота, рвота, изжога, неприятные или болевые ощущения в области желудка или кишечника, запор/понос), симптомокомплексом панических атак, кожными высыпаниями, а также многочисленными неприятными ощущениями в различных частях тела, сопровождающимися ипохондрической фиксацией пациентов на своем соматическом состоянии. Для больных с БАР I соматические симптомы в структуре депрессии были менее характерны, тогда как пациенты с БАР II и РДР жаловались на физическое неблагополучие достоверно чаще (44,0, 81,1 и 65,8% соответственно; p=0,006). Симптомокомплекс панических атак достоверно чаще регистрировался у больных с БАР II, чем у пациентов других групп (20,0, 37,8 и 10,5% соответственно; p=0,013). Сравнительно часто выявлялись также жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы,

однако различия между группами по данному показателю не достигали уровня статистической значимости (8,0, 21,6 и 26,3% соответственно; $p=0,138$).

Таким образом, депрессия при БАР имеет особенности, отличающие ее от РДР: половая предпочтительность (мужчины), более ранний возраст начала заболевания; меньшая длительность, но большая частота обострений; большая склонность к континуальному течению заболевания; более выраженное снижение социальной и семейной адаптации; развитие у лиц с преимущественно гипертимым преморбидом; более частая наследственная отягощенность аффективными расстройствами, шизофренией и алкоголизмом; высокая коморбидность с обменными заболеваниями и злоупотреблением психоактив-

ными веществами; ухудшение состояния чаще в осенне-зимнее время; преобладающий тревожный аффект и выраженное снижение интересов в структуре депрессии; большая частота атипичных нарушений сна, аппетита и массы тела; высокий уровень суицидальной активности; более высокий уровень моторной заторможенности (при БАР I); относительно небольшая включенность соматических жалоб (при БАР I) и частое развитие панических атак (при БАР II).

Выявленные в результате проведенного исследования особенности депрессий при БАР по сравнению с РДР позволят проводить более точную дифференциальную диагностику и более адекватное лечение аффективных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord.* 2001 Dec;67(1-3):3-19.
2. Angst J, Sellaro R, Merikangas KR. Depressive spectrum diagnoses. *Compr Psychiatry.* 2000 Mar-Apr;41(2 Suppl 1):39-47.
3. Roy-Byrne P, Post RM, Uhde TW, et al. The longitudinal course of recurrent affective illness: life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1985;317:1-34.
4. Мосолов СН, Ушкалова АВ, Костюкова ЕГ и др. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства. Современная терапия психических расстройств. 2014;(2):2-12. [Mosolov SN, Ushkalova AV, Kostyukova EG, et al. Diagnosis of bipolar affective disorder type II in patients with a current diagnosis of recurrent depressive disorder. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroivstv.* 2014;(2):2-12. (In Russ.)].
5. Hirschfeld RM. The unrecognized side of bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2013 Aug;170(8):815-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13050656.
6. Altshuler LL, Post RM, Leverich GS, et al. Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited. *Am J Psychiatry.* 1995 Aug;152(8):1130-8.
7. Leibenluft E. Women with bipolar illness: Clinical and research issues. *Am J Psychiatry.* 1996 Feb;153(2):163-73.
8. Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Rapid-cycling bipolar disorder: effects of long-term treatments. *Acta Psychiatr Scand.* 2003 Jul;108(1):4-14.
9. Wehr TA, Goodwin FK. Can antidepressants cause mania and worsen the course of affective illness? *Am J Psychiatry.* 1987 Nov;144(11):1403-11.
10. Тювина НА, Смирнова ВН. Биполярное аффективное расстройство: особенности течения и поддерживающая фармакотерапия. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013;5(1):87-95. [Tyuvina NA, Smirnova VN. Bipolar affective disorders: the specific features of the course and maintenance pharmacotherapy. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2013;5(1):87-95. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2406>
11. Мосолов СН. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. Москва: МЕДпресс-информ; 2008. 384 с. [Mosolov SN. *Bipolar affective disorder: diagnosis and treatment.* Moscow: MEDpress-inform; 2008. 384 p.]
12. Coryell W, Endicott J, Maser JD, et al. Long-term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *Am J Psychiatry.* 1995 Mar;152(3):385-90.
13. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disord.* 2003 Jan;73(1-2):123-31.
14. Judd LL, Akiskal HS, Schlettler PJ, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002 Jun;59(6):530-7.
15. Joffe RT, MacQueen GM, Marriott M, et al. A prospective, longitudinal study of percentage of time spent ill in patients with bipolar I or bipolar 2 disorders. *Bipolar Dis.* 2004;6:62-6.
16. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, et al. Stabilization in the treatment of mania, depression and mixed states. *Acta Neuropsychiatrica.* 2000;12:110-4.
17. Kupka RW, Altshuler LL, Nolen WA, et al. Three times more days depressed than manic or hypomanic in both bipolar I and bipolar II disorder. *Bipolar Disord.* 2007 Aug;9(5):531-5.
18. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Reed M, et al. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *J Clin Psychiatry.* 2003 Apr;64(4):425-32.
19. Manning JS, Haykal RF, Connor PD, Akiskal HS. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting: the high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Compr Psychiatry.* 1997 Mar-Apr;38(2):102-8.
20. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1997 Apr;54(4):313-21.
21. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, et al. Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disord.* 2004 Jun;6(3):204-12.
22. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 9:47-51.
23. Kupfer DJ. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA.* 2005 May 25;293(20):2528-30.
24. Bowden CL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord.* 2005 Feb;84(2-3):117-25.
25. Benazzi F. Atypical depression in private practice depressed outpatients: a 203-case study. *Compr Psychiatry.* 1999 Jan-Feb;40(1):80-3.
26. Benazzi F. Prevalence of bipolar II disorder in atypical depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1999;249(2):62-5.
27. Benazzi F. Depression with DSM-IV atypical features: a marker for bipolar II disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250(1):53-5.
28. Mitchell PB, Wilhelm K, Parker G, et al. The clinical features of bipolar depression: a comparison with matched major depressive disorder patients. *J Clin Psychiatry.* 1997 May;58(5):212-6.
29. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatr Serv.* 2001 Jan;52(1):51-5.
30. Corwell W. Bipolar II disorder: The importance of hypomania. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 1999.
31. Perlis RH, Brown E, Baker RW, et al. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials. *Am J Psychiatry.* 2006 Feb;163(2):225-31.
32. Parker G, McCraw S, Hadzi-Pavlovic D, et al. Bipolar depression: prototypically melancholic in its clinical features. *J Affect Disord.*

2013 May;147(1-3):331-7. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.035. Epub 2012 Dec 20.

33. Robling SA, Paykel ES, Dunn VJ, et al. Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study. *Psychol Med.* 2000 Nov;30(6):1263-71.

34. Whybrow PC. A mood apart: Depression, mania and other afflictions of the self. New

York: HarperCollins; 1997.

35. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract.* 2001 Sep;7(5):287-97.

36. Goodwin FK, Jamison K. Manic-Depressive Illness. New York: Oxford University Press; 1990.

37. Motovsky B, Pecenek J. Psychopathological characteristics of bipolar and unipolar depression – potential indicators of bipolarity. *Psychiatr Danub.* 2013 Mar;25(1):34-9.

38. Berk M, Berk L, Moss K, et al. Diagnosing bipolar disorder: how can we do it better? *Med J Aust.* 2006 May 1;184(9):459-62.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.