

© Васильева С.Н. и др., 2022

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.895:616.891.6:616.89-008.441.44

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-24-31>

Влияние несвоевременной диагностики биполярного аффективного расстройства на основные клинко-динамические характеристики заболевания, суицидальное поведение и уровень социальной адаптации пациентов

С.Н. Васильева¹, Г.Г. Симуткин¹, Е.Д. Счастный¹, Е.В. Лебедева¹, Н.А. Бохан^{1,2}¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия²ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Томск, РоссияАвтор для корреспонденции: Светлана Николаевна Васильева, vasilievasn@yandex.ru

Резюме

Цель исследования: изучение влияния несвоевременной диагностики биполярного аффективного расстройства (БАР) на основные клинко-динамические показатели заболевания, суицидальное поведение, уровень субъективной оценки социальной адаптации, а также трудовой статус пациентов. **Пациенты и методы исследования:** в психиатрическом стационаре обследован 121 пациент (83 женщины, 68,6%, и 38 мужчин, 31,4%) с верифицированным (по критериям МКБ-10) диагнозом БАР. Проведена сравнительная оценка показателей, которые могли отражать причины и последствия ошибочной диагностики БАР. В 1-ю группу вошли пациенты ($n = 46$), у которых диагноз БАР был установлен при первичном обращении к психиатру, во 2-ю группу — пациенты ($n = 75$), у которых диагностика БАР была отсрочена. Использовались клинко-психопатологический, клинко-анамнестический, психометрический, статистический методы. **Результаты:** выявлен низкий уровень верификации БАР при первом обращении пациентов к психиатру — 38%. Показано, что тревожные расстройства, коморбидные БАР, усложняют его диагностику. У пациентов с поздней диагностикой БАР в анамнезе чаще выявлялись суицидальные попытки, а суммарный балл опросника суицидального поведения (The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised, SBQ-R) оказался выше по сравнению с пациентами, которым диагноз БАР был выставлен при первом обращении к психиатру ($p < 0,05$). В группе с запоздалой верификацией БАР было выявлено больше пациентов, не работающих вследствие аффективного расстройства, по сравнению с группой, где БАР диагностировали при первичном обращении к психиатру — 22,7% ($n = 17$) и 8,7% ($n = 4$) соответственно ($p < 0,05$), а также более низкий уровень субъективной оценки своей социальной адаптации ($p < 0,05$). **Выводы:** позднее распознавание БАР увеличивает суицидальный риск и негативно отражается на трудоспособности и уровне социальной адаптации пациентов.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, поздняя диагностика, коморбидность, тревожные расстройства, суицидальный риск, социальная адаптация

Работа выполнена в рамках ГЗ 075-01184-22-00, ФНИ «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири», регистрационный номер 122020200054-8.

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Лебедева Е.В., Бохан Н.А. Влияние несвоевременной диагностики биполярного аффективного расстройства на основные клинко-динамические характеристики заболевания, суицидальное поведение и уровень социальной адаптации пациентов. *Психиатрия*. 2022;20(2):24–31. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-24-31>

RESEARCH

UDC 616.895:616.891.6:616.89-008.441.44

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-24-31>

Late Diagnostics of Bipolar Disorder: Impact on Main Characteristics of Disease, Suicidal Behaviour and Social Adaptation Level of Patients

S.N. Vasilieva¹, G.G. Simutkin¹, E.D. Schastnyy¹, E.V. Lebedeva¹, N.A. Bokhan^{1,2}¹FSBSI "Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences", Mental Health Research Institute, Tomsk, Russia²Siberian State Medical University, Tomsk, RussiaCorresponding author: Svetlana N. Vasilieva, vasilievasn@yandex.ru

Summary

The aim was to study the impact of late diagnostics of bipolar disorder (BD) on the main clinical and dynamic indicators, suicidal behavior, the subjective evaluation of social adaptation level, and employment status of patients. **Patients and methods:** 121 in-patients (38 males, 31.4% and 83 females, 68.6%) with a verified diagnosis of bipolar disorder (according to the ICD-10

criteria) were examined. A comparative evaluation of indicators that could reflect the causes and consequences of delayed diagnostics of bipolar disorder was performed. The first group ($n = 46$) included patients with BD verified during the initial visit to a psychiatrist, and the second group ($n = 75$) made up patients with late diagnosis of BD. Clinical, psychopathological, follow-up, psychometric, statistical methods were used. **Results:** delay in the diagnosis of BD was 38%. Comorbid anxiety disorders were the most significant confounding factor of late diagnostics of BD. Suicidal attempt incidence and the total SBQ-R (The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised) score were higher in cases of late diagnosis of BD ($p < 0.05$). In the group with late diagnosis of BD, 17 patients (22.7%) were unemployed due to affective disorder compared to 4 patients (8.7%) with BD diagnosed at the first visit to psychiatrist ($p < 0.05$), and a lower level of subjective evaluation of their social adaptation was revealed ($p < 0.05$). **Conclusions:** late diagnostics of bipolar disorder increases suicide risk and negative impact on the employment status and reduces social adaptation of patients.

Keywords: bipolar disorder, late diagnostics, comorbidity, anxiety disorders, suicide risk, social adaptation

The work was carried out within the framework of State task 075-01184-22-00, Russian Science Foundation grant “Biopsychosocial mechanisms of pathogenesis and clinical polymorphism, an adaptation potential and predictors of treatment effectiveness in patients with mental and behavioral disorders in Siberia region”, registration #122020200054-8.

For citation: Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Lebedeva E.V., Bokhan N.A. Late Diagnostics of Bipolar Disorder: Impact on Main Characteristics of Disease, Suicidal Behaviour and Social Adaptation Level of Patients. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(2):24–31. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-24-31>

ВВЕДЕНИЕ

В клинической практике своевременная диагностика БАР достаточно затруднена, несмотря на проводимые исследования [1–6]. М. Siwek и соавт. [7] выявили, что в начале заболевания пациентам с БАР в 40% случаев выставляется другой диагноз, а в 2/3 случаев БАР верифицируется лишь спустя 10 лет. Больным БАР на начальных этапах заболевания наиболее часто ошибочно выставляются такие диагнозы, как депрессивное и/или тревожное расстройства, шизофрения, расстройство личности, зависимость от психоактивных веществ, шизоаффективное расстройство [8–11]. Нередко диагноз униполярной депрессии в последующем изменяют на диагноз БАР [12–15]. Неправильный диагноз депрессивного расстройства вместо БАР может быть связан с рядом причин: в большинстве случаев БАР манифестирует с депрессивной фазы, чаще пациенты обращаются за помощью во время депрессивных эпизодов, воспоминания пациентов в актуальной депрессии о предыдущих гипоманиакальных симптомах часто бедны [16, 17].

При обследовании 347 пациентов с диагнозом «шизофрения и шизоаффективное расстройство» у 140 (40,3%) диагноз был изменен на БАР [18]. Ошибочная диагностика шизофрении и шизоаффективного расстройства у пациентов с БАР происходит в случаях, когда в рамках текущего аффективного эпизода присутствуют психотические симптомы. Диагностика БАР особенно затруднена при неконгруэнтности психотических симптомов аффекту.

Одной из причин позднего распознавания БАР является высокая частота коморбидности данного расстройства с другой психической патологией [19, 20]. Исследование, охватывающее 11 стран мира в Америке, Европе и Азии ($n = 61\,392$), показало, что 3/4 пациентов с расстройствами биполярного спектра отвечали критериям хотя бы одного другого психического расстройства [21]. Высокая распространенность коморбидности БАР с другими психическими расстройствами подтверждена результатами многочисленных

исследований [22–30]. В этих случаях диагностика БАР затруднена вследствие частичного перекрывания феноменологии БАР и коморбидных психических расстройств. Так, поведенческие и аффективные нарушения, вызванные некоторыми психоактивными веществами, порой трудно отличить от симптомов БАР [31]. У пациентов, употребляющих кокаин и стимуляторы, часто развиваются типичные маниакальные или гипоманиакальные симптомы. Алкоголь, напротив, оказывает депрессогенное действие и при коморбидности с аффективными расстройствами увеличивает частоту повторения аффективных фаз [32]. Также к диагностическим трудностям нередко приводит наличие частичного совпадения диагностических критериев БАР и некоторых расстройств личности (например, пограничного расстройства личности). Симптомы тревожных расстройств, выступая в жалобах пациентов на первый план, также затрудняют диагностику БАР. Кроме того, недостаточная информированность клиницистов о клинической картине смешанного эпизода и ее сходство с рядом расстройств личности препятствует своевременному распознаванию БАР. В клинической практике у пациентов с БАР и коморбидным психическим расстройством зачастую при выявлении критериев одного расстройства диагностический поиск прекращается, и пациенту выставляется только один диагноз. В свою очередь ошибочная диагностика и игнорирование коморбидной патологии ведут к неправильному выбору терапевтической стратегии.

Поздняя диагностика БАР и, как следствие, неадекватная лечебная тактика либо ее отсутствие приводят к формированию неблагоприятных форм течения, повышению суицидального риска, ухудшению прогноза и увеличению социально-экономического бремени заболевания [33–35].

Цель исследования: изучение влияния несвоевременной диагностики БАР на основные клинко-динамические показатели, суицидальное поведение, уровень субъективной оценки социальной адаптации, а также на трудовой статус пациентов.

Таблица 1. Социально-демографические показатели обследованных пациентов**Table 1.** Socio-demographic indicators of the examined patients

Характеристики/Characteristics		% (n)
Пол/Sex	Мужской/Male	31,4 (n = 38)
	Женский/Female	68,6 (n = 83)
Семейное положение/Marital status	Замужем/Married	47,1 (n = 57)
	Холост/Single	24,8 (n = 30)
	В разводе/Divorced	19,0 (n = 23)
	Вдовы/Widowed	9,1 (n = 11)
Уровень образования/Education	Среднее/Secondary	6,6 (n = 8)
	Среднее специальное/Secondary special	22,3 (n = 27)
	Незаконченное высшее/Incomplete higher	10,8 (n = 13)
	Высшее/Higher	60,3 (n = 73)
Профессиональный статус/Employment status	Работает/Employed	46,3 (n = 56)
	Не работает/Unemployed	36,4 (n = 44)
	Не работает вследствие психической патологии/Unemployed due to mental pathology	17,3 (n = 21)

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Критерии включения больных с расстройствами настроения в исследование: соответствие диагностическим критериям БАР по МКБ-10, возраст от 18 до 65 лет, согласие пациента на участие в исследовании и выполнение всех предписаний.

Критерии невключения: диагноз деменции, шизофрении или бредового психоза.

Сплошным методом в специализированном психиатрическом отделении обследован 121 пациент с верифицированным диагнозом БАР по МКБ-10.

При проведении исследования соблюдены этические принципы, заложенные в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1964–2013 гг. Все больные подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования одобрено Локальным этическим комитетом «Научно-исследовательского института психического здоровья» Томского НМИЦ РАН (протокол № 147 от 22 ноября 2021 года, дело № 147/6.2021).

Наиболее важные демографические и социальные характеристики исследуемых пациентов представлены в табл. 1.

Средний возраст обследованных пациентов составил для мужчин 36 лет [30; 54], для женщин 47 лет [34; 55]. В исследуемой группе значимо преобладали женщины ($p < 0,01$).

Распределение больных БАР в зависимости от полюса аффективного расстройства в текущем эпизоде показало следующее: смешанный эпизод — в 33,9% ($n = 41$), маниакальный эпизод — в 2,5% ($n = 3$),

гипоманиакальный эпизод — в 2,5% ($n = 3$), депрессивный эпизод — в 61,1% случаев ($n = 74$).

Применяемые методы исследования включали клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, психометрический, статистический.

Для оценки риска суицидального поведения у обследованных пациентов был использован опросник суицидального поведения SBQ-R (The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised) [36]. При помощи «Шкалы самооценки социальной адаптации» (ШССА) [37] определялся уровень качества жизни и социального функционирования обследуемых пациентов в различных сферах жизнедеятельности.

Для статистической обработки данных использовали пакет стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 8.0). Анализ исследуемых показателей на наличие нормального закона распределения осуществляли с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. Межгрупповые сравнения были проведены при помощи непараметрических критериев. Количественные показатели выражали в виде медианы и межквартильного размаха — Md (IQR), статистическую значимость различий между независимыми переменными оценивали с использованием критерия Манна–Уитни. Качественные признаки оценивались через исследование их частот при помощи таблиц сопряженности и критерии согласия χ^2 . При оценке качественных признаков в малых выборках использовали критерий Фишера. Достоверность различий между долями проверяли при помощи z-критерия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе клинико-anamnestических данных исследуемых пациентов было обнаружено, что диагноз БАР при первичном обращении за психиатрической помощью был верифицирован лишь в 46 случаях (38%). В остальных случаях первоначально были выставлены следующие диагнозы: рекуррентное депрессивное расстройство — 11 случаев (9,0%), депрессивный эпизод — 21 случай (17,4%), расстройство адаптации — 20 случаев (16,5%), алкогольная зависимость — 10 случаев (8,3%), расстройство личности — семь случаев (5,8%), генерализованное тревожное расстройство — четыре случая (3,3%), органическое астеническое расстройство — два случая (1,7%).

Следующим этапом исследования была сравнительная оценка данных, которые могли показывать причины и последствия ошибочной диагностики БАР в двух группах пациентов. В 1-ю группу вошли пациенты, у которых БАР был верифицирован при первичном обращении к психиатру ($n = 46$), во 2-ю группу — пациенты, у которых диагностика БАР была отсрочена ($n = 75$). Между первичным обращением к психиатру и верификацией БАР проходил достаточно длительный период времени: медиана 4,7 года [1,5; 10]. Сравнимые группы по возрасту и гендерному признаку не имели статистически значимых различий ($p < 0,05$).

Таблица 2. Коморбидные психические расстройства у пациентов сравниваемых групп
Table 2. Concurrent mental disorders in patients of compared groups

Коморбидное психическое расстройство/Concurrent mental disorder	n/n (%)	
	БАР верифицирован при первичном обращении к психиатру/BD was verified during the first visit to psychiatrist (n = 46)	БАР при первичном обращении к психиатру не верифицирован/BD had not been verified during the first visit to psychiatrist (n = 75)
Расстройства тревожного спектра/Anxiety disorders spectrum:	3/46 (6,5)	22/75 (29,3) [#]
Агорафобия с паническим расстройством/Agoraphobia with panic disorder	1/3 (33,3)	0/22 (0)
Паническое расстройство/Panic disorder	1/3 (33,3)	14/22 (63,6)
Генерализованное тревожное расстройство/Generalized anxiety disorder	0/3 (0)	4/22 (18,2)
Смешанное тревожное расстройство/Mixed anxiety disorder	1/3 (33,3)	4/22 (18,2)
Расстройства личности/Personality disorders:	8/46 (17,4)	20/75 (26,7)
Смешанное расстройство личности/Mixed personality disorder	6/8 (75,0)	12/20 (60,0)
Пограничное расстройство личности/Borderline personality disorder	1/8 (12,5)	5/20 (25,0)
Истерическое расстройство личности/Histrionic personality disorder	1/8 (12,5)	2/20 (10,0)
Шизоидное расстройство личности/Schizoid personality disorder	0/8 (0)	1/20 (5,0)
Обсессивно-компульсивное расстройство/Obsessive-compulsive disorder	1/46 (2,2)	3/75 (4,0)
Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ/Disorders due to the use of psychoactive substances	8/46 (17,4)	12/75 (16,0)
Нарушение пищевого поведения/Eating disorders	1/46 (2,2)	1/75 (1,3)

Примечание: значимость различий: [#]p < 0,05.

Note: significance: [#]p < 0.05.

и были сопоставимы по возрасту к началу заболевания (p > 0,05).

Трудности диагностики БАР при коморбидности с другими психическими расстройствами нередко возникают из-за частичного перекрытия диагностических критериев коморбидных расстройств. В первую очередь в сравниваемых группах оценили частоту коморбидных психических расстройств. В общей группе обследованных пациентов (n = 121) другое психическое расстройство, помимо БАР, выявлялось в 46,3% случаев (n = 56). В 9,9% случаев (n = 12) было диагностировано два коморбидных психических расстройства, в 4,1% (n = 5) — три коморбидных психических расстройства.

Оценка данного показателя в сравниваемых группах показала, что коморбидные психические расстройства чаще (p < 0,05) встречались в группе пациентов, у которых первоначально БАР не был распознан, по сравнению с группой пациентов, у которых БАР выявили при первичном обращении к психиатру: 67,4 и 45,3% соответственно. Диагностические категории коморбидных расстройств при БАР в исследуемых группах представлены в табл. 2.

В группе пациентов с запоздалой диагностикой БАР в качестве коморбидной патологии чаще выступали расстройства тревожного спектра (табл. 2). На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что тревожные расстройства, сопровождая БАР, значительно усложняют его диагностику.

С целью оценки возможных последствий поздней диагностики БАР в сравниваемых группах нами были

проанализированы следующие показатели: индекс цикличности, характеристики суицидального поведения, изменение трудового статуса, субъективная оценка уровня социальной адаптации пациентов.

Результаты ряда исследований продемонстрировали, что запоздалая диагностика и лечение БАР ухудшают его течение и общий прогноз [38, 39]. С целью оценки влияния на течение БАР несвоевременности диагностики данного психического расстройства нами был проведен анализ индекса цикличности у пациентов сравниваемых групп. Данный показатель отражает усредненный интервал времени между аффективными эпизодами и вычисляется как продолжительность расстройства (в годах), деленная на количество перенесенных аффективных эпизодов. Индекс цикличности в группе пациентов с ошибочным диагнозом при первичном обращении к психиатру составил — 1,1 [0,8; 2,0], в группе, где БАР был сразу верифицирован — 1,2 [0,8; 2,8]. Статистически значимых межгрупповых различий обнаружено не было.

Следующим этапом исследования была оценка в сравниваемых группах таких характеристик суицидального поведения, как наличие суицидальных мыслей на момент обследования, суицидальные попытки в анамнезе, суммарный балл по шкале SBQ-R, позволяющий интегративно оценить наиболее важные аспекты суицидального поведения у соответствующих пациентов (табл. 3).

При оценке данных, приведенных в табл. 3, были обнаружены следующие межгрупповые различия:

Таблица 3. Характеристики суицидального поведения в сравниваемых группах**Table 3.** Characteristics of suicidal behavior in the compared groups

Показатели/Indicators	БАР верифицирован при первичном обращении к психиатру/BD was verified during the first visit to a psychiatrist (n = 46)	БАР при первичном обращении к психиатру не верифицирован/BD had not been verified during the first visit to a psychiatrist (n = 75)
Суицидальные мысли на момент обследования/Suicidal ideation at the examination	45,7% (n = 21)	57,3% (n = 43)
Суицидальные попытки в анамнезе/Suicidal attempts in the anamnesis	10,7% (n = 5)	30,7% (n = 23) [#]
Суммарный балл по шкале SBQ-R/Total score according to SBQ-R	4 [5;6]	8 [5;10] [#]

Примечание: значимость различий: [#]p < 0,05.

Note: significance: [#]p < 0.05.

Таблица 4. Распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в обследуемых группах**Table 4.** Distribution of patients with different level of social adaptation in the examined groups

Уровень субъективной оценки социальной адаптации пациентов по шкале SASS/Level of subjective evaluation of social adaptation of patients according to the Social Adaptation Self-Evaluation Scale	БАР верифицирован при первичном обращении к психиатру/BD was verified during the first visit to a psychiatrist (n = 46)	БАР при первичном обращении к психиатру не верифицирован/BD had not been verified during the first visit to psychiatrist (n = 75)
	n (%)	
Плохая социальная адаптация/Poor social adaptation	6 (13,1)	13 (17,3)
Затрудненная социальная адаптация/Reduced social adaptation	27 (58,7)	56 (74,7)
Хорошая социальная адаптация/Good social adaptation	13 (28,2)	6 (8,0) [#]

Примечание: значимость различий: [#]p < 0,05.

Note: significance: [#]p < 0.05.

у пациентов с поздней диагностикой БАР в анамнезе чаще выявлялись суицидальные попытки, а суммарный балл по шкале SBQ-R оказался выше по сравнению с пациентами, которым диагноз БАР был выставлен при первом обращении к психиатру. С учетом полученных данных можно сделать вывод о том, что несвоевременная диагностика БАР и неправильная терапия повышают риск суицидального поведения у соответствующих пациентов.

Согласно с общим баллом по шкале самооценки социальной адаптации (Social Adaptation Self-Evaluation Scale, SASS) пациенты исследуемых групп были разделены на три подгруппы: с плохой социальной адаптацией (0–22 балла), с затрудненной социальной адаптацией (23–35 балла) и хорошей социальной адаптацией (36–52 балла). При анализе общего балла SASS было показано, что пациентов с хорошей адаптацией оказалось меньше в группе с запоздалой диагностикой БАР, чем в группе, где БАР было распознано при первичном обращении к психиатру (табл. 4). Это можно рассматривать как подтверждение того, что отсроченное распознавание и запоздалое лечение БАР негативно отражаются на уровне субъективной оценки социальной адаптации пациентов.

Трудовой статус является одним из важных показателей социальной адаптации пациентов с психическими и поведенческими расстройствами. Известно, что наличие БАР может затруднять как получение профессии, так и приводить к потере больными работы. Проведенная оценка трудового статуса пациентов в исследуемых подгруппах выявила лиц, потерявших

работу вследствие БАР. Это были пациенты, оставившие работу по собственному желанию из-за трудностей выполнения служебных обязанностей или уволенные вследствие невыполнения должностных обязанностей. У некоторых пациентов не было опыта работы также в связи с ранним началом БАР — в этих случаях аффективное расстройство манифестировало в подростковом возрасте. В группе с запоздалой верификацией БАР не работающие вследствие БАР пациенты составили 22,7% (n = 17), а в группе, где БАР диагностировали при первичном обращении к психиатру, — 8,7% (n = 4). Выявленные различия достигали статистически значимого уровня (p < 0,05).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования госпитализированных в психиатрическое отделение больных с диагнозом БАР показали высокую частоту случаев отсроченного диагноза БАР. Наиболее значимым фактором поздней диагностики БАР было наличие коморбидного тревожного расстройства.

Несвоевременная диагностика БАР негативно сказывается на показателях суицидального поведения пациентов, их трудоспособности и уровне субъективной оценки социальной адаптации. Полученные результаты могут быть использованы при разработке дифференцированных диагностических и лечебно-реабилитационных программ для пациентов с диагнозом БАР, а также для оптимизации стратегии выявления рисков суицидального поведения и управления этими рисками.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Stensland MD, Schultz JF, Frytak JR. Diagnosis of unipolar depression following initial identification of bipolar disorder: a common and costly misdiagnosis. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(5):749–758. doi: [10.4088/jcp.v69n0508](#)
2. Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, Hood K, Craddock N, Simpson SA. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):49–56. doi: [10.1192/bjp.bp.110.083840](#)
3. Fiedorowicz JG, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Keller MB, Coryell WH. Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2011;168(1):40–48. doi: [10.1176/appi.ajp.2010.10030328](#)
4. Li CT, Bai YM, Huang YL, Chen YS, Chen TJ, Cheng JY, Su TP. Association between antidepressant resistance in unipolar depression and subsequent bipolar disorder: cohort study. *Br J Psychiatry*. 2012;200(1):45–51. doi: [10.1192/bjp.bp.110.086983](#)
5. Xiang YT, Zhang L, Wang G, Hu C, Ungvari GS, Dickerson FB, Kilbourne AM, Si TM, Fang YR, Lu Z, Yang HC, Lai KY, Lee EH, Hu J, Chen ZY, Huang Y, Sun J, Wang XP, Li HC, Zhang JB, Chiu HF. Sociodemographic and clinical features of bipolar disorder patients misdiagnosed with major depressive disorder in China. *Bipolar Disord*. 2013;15(2):199–205. doi: [10.1111/bdi.12052](#)
6. Shen H, Zhang L, Xu C, Zhu J, Chen M, Fang Y. Analysis of Misdiagnosis of Bipolar Disorder in An Outpatient Setting. *Shanghai Archives of Psychiatry*. 2018;30(2):93–101. doi: [10.11919/j.issn.1002-0829.217080](#)
7. Siwek M, Dudek D, Rybakowski J, Łojko D, Pawłowski T, Kiejna A. [Mood Disorder Questionnaire — characteristic and indications]. *Psychiatr Pol*. 2009;43(3):287–299.
8. Костюкова ЕГ, Мосолов СН. Современная диагностика и терапия биполярного аффективного расстройства: от доказательных научных исследований к клинической практике. В кн.: Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / Под ред. СН Мосолова. М.: Издательство «Социально-политическая мысль». 2012:491–528.
Kostjukova EG, Mosolov SN. Sovremennja diagnostika i terapija bipoljarnogo affektivnogo rasstrojstva: ot dokazatel'nyh nauchnyh issledovanij k klinicheskoy praktike. V kn.: Biologicheskie metody terapii psihicheskikh rasstrojstv (dokazatel'naja medicina — klinicheskoy praktike) / Pod red. SN Mosolova. M.: Izdatel'stvo "Social'no-politicheskaja mysl". 2012: 491–528. (In Russ.).
9. Altamura AC, Goikolea JM. Differential diagnoses and management strategies in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4(1):311–317.
10. Young AH. Bipolar disorder: diagnostic conundrums and associated comorbidities. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(8):e26. doi: [10.4088/JCP.7067br6c](#)
11. Inoue T, Inagaki Y, Kimura T, Shirakawa O. Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET-LMBP). *J Affect Disord*. 2015;174:535. doi: [10.1016/j.jad.2014.12.023](#)
12. Angst J, Sellaro R, Stassen HH, Gamma A. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions. *J Affect Disord*. 2005;84(2–3):149–157. doi: [10.1016/S0165-0327\(03\)00195-2](#)
13. Ratheesh A, Davey C, Hetrick S, Alvarez-Jimenez M, Voutier C, Bechdolf A, McGorry PD, Scott J, Berk M, Cotton SM. A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(4):273–284. doi: [10.1111/acps.12686](#)
14. Kessing LV, Willer I, Andersen PK, Bukh JD. Rate and predictors of conversion from unipolar to bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disord*. 2017;19(5):324–335. doi: [10.1111/bdi.12513](#)
15. Holmskov J, Licht RW, Andersen K, Bjerregaard Stage T, Mørkeberg Nilsson F, Bjerregaard Stage K, Valentin JB, Bech P, Ernst Nielsen R. Diagnostic conversion to bipolar disorder in unipolar depressed patients participating in trials on antidepressants. *Eur Psychiatry*. 2017;40:76–81. doi: [10.1016/j.eurpsy.2016.08.006](#)
16. Симуткин ГГ. Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы). *Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2012;3:34–41.
Simutkin GG. Modern tools for screening of bipolar affective disorders (review). *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2012;3:34–41. (In Russ.).
17. Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22(3):517–534.
18. Мосолов СН, Шафаренко АА, Ушкалова АВ, Алфимов ПВ, Костюкова АБ. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством. *Современная терапия психических расстройств*. 2014;3:2–7.
Mosolov SN, Shafarenko AA, Ushkalova AV, Alfimov PV, Kostjukova AB. Misdiagnosis of Bipolar I Disorder among patients with the diagnoses of paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder in Russian Federation. *Sovremennaya terapiya psihicheskikh rasstrojstv*. 2014;3:2–7. (In Russ.).
19. Amerio A, Odone A, Liapis CC, Ghaemi SN. Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(5):343–358. doi: [10.1111/acps.12250](#)
20. Nabavi B, Mitchell AJ, Nutt D. A Lifetime Prevalence of Comorbidity between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 52

- Interview-based Studies of Psychiatric Population. *Ebiomedicine*. 2015;2(10):1404–1419. doi: [10.1016/j.ebiom.2015.09.006](https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2015.09.006)
21. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):543–552. doi: [10.1001/archpsyc.64.5.543](https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543)
 22. Ушкалова АВ, Костюкова ЕГ, Мосолов СН. Современная терапия депрессивной фазы при биполярном аффективном расстройстве (обзор). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2012;112(11):67–76.
Ushkalova, AV, Kostyukova EG, Mosolov SN. Sovremennaya terapiya depressivnoy fazy pri bipolyarnom affektivnom rasstrojstve (obzor). *Zhurnal neurologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(11):67–76. (In Russ.).
 23. Яковлева АЛ, Симуткин ГГ. Влияние коморбидности аффективных и личностных расстройств на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода и суицидальное поведение. *Суицидология*. 2014;16(3):47–52.
Yakovleva AL, Simutkin GG. The impact of comorbidity affective and personality disorders on the main clinical characteristics of the current depressive episode and suicidal behavior. *Suicidology*. 2014;16(3):47–52. (In Russ.).
 24. Васильева СН, Симуткин ГГ, Счастный ЕД, Иванова СА, Бохан НА. Суицидальное поведение больных биполярным аффективным расстройством при коморбидных психических заболеваниях. *Суицидология*. 2018;9(3):86–92. doi: [10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-86-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92)
Vasileva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED, Ivanova SA, Bokhan NA. Suicidal behavior of patients suffering from bipolar affective disorder and comorbid mental diseases. *Suicidology*. 2018;9(3):86–92. (In Russ.). doi: [10.32878/suiciderus.18-09-03\(32\)-86-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92)
 25. Рощина ОВ, Розин АИ, Счастный ЕД, Бохан НА. Клиническое значение коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости. *Бюллетень сибирской медицины*. 2019;18(4):110–118. doi: [10.20538/1682-0363-2019-4-110-118](https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-110-118)
Roshchina OV, Rozin AI, Schastnyy ED, Bokhan NA. Clinical value of comorbidity of affective disorders and alcohol dependence. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2019;18(4):110–118. (In Russ.). doi: [10.20538/1682-0363-2019-4-110-118](https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-110-118)
 26. Fan AN, Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. To examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients. *J Clin Psychiatr*. 2008;69(11):1794–1803.
 27. Oquendo MA, Currier D, Liu SM, Hasin DS, Grant BF, Blanco C. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):902–909. doi: [10.4088/JCP.09m05198gry](https://doi.org/10.4088/JCP.09m05198gry)
 28. Moreno C, Hasin DS, Arango C, Oquendo MA, Vieta E, Liu S, Grant BF, Blanco C. Depression in bipolar disorder versus major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Bipolar Disord*. 2012;14(3):271–282. doi: [10.1111/j.1399-5618.2012.01009.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01009.x)
 29. Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord*. 2014;(152–154):1–11. doi: [10.1016/j.jad.2013.08.023](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023)
 30. Simhandl C, Radua J, König B, Amann BL. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(4):345–351. doi: [10.1177/0004867415585855](https://doi.org/10.1177/0004867415585855)
 31. Бохан НА, Семке ВЯ. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та. 2009:510.
Bokhan NA, Semke VYa. Comorbidity in addiction psychiatry. Tomsk: Publishing House of Tomsk University. 2009:510. (In Russ.).
 32. Васильева СН, Симуткин ГГ, Счастный ЕД, Лебедева ЕВ, Бохан НА. Аффективные расстройства при коморбидности с алкогольной зависимостью: клинико-динамические особенности, уровень социальной адаптации больных. *Бюллетень сибирской медицины*. 2020;19(1):29–35. doi: [10.20538/1682-0363-2020-1-29-35](https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-29-35)
Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED, Lebedeva EV, Bokhan NA. Affective disorders in comorbidity with alcohol addiction: clinical and dynamic features, social adaptation level of patients. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2020;19(1):29–35. (In Russ.). doi: [10.20538/1682-0363-2020-1-29-35](https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-29-35)
 33. Suppes T, Kelly DI, Perla JM. Challenges in the management of bipolar depression. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(5):11–16.
 34. Altamura AC, Dell’Osso B, Berlin HA, Buoli M, Bassetti R, Mundo E. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;260(5):385–391. doi: [10.1007/s00406-009-0085-2](https://doi.org/10.1007/s00406-009-0085-2)
 35. Valentí M, Pacchiarotti I, Bonnin CM, Rosa AR, Popovic D, Nivoli AM, Goikolea JM, Murru A, Undurraga J, Colom F, Vieta E. Risk factors for antidepressant-related switch to mania. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(2):e271–276. doi: [10.4088/JCP.11m07166](https://doi.org/10.4088/JCP.11m07166)
 36. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*. 2001;8(4):443–454.
 37. Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 1997;1(7):57–70.

38. Dudek D, Siwek M, Zielińska D, Jaeschke R, Rybakowski J. Diagnostic conversions from major depressive disorder into bipolar disorder in an outpatient setting: results of a retrospective chart review. *J Affect Disord.* 2013;144(1–2):112–115. doi: [10.1016/j.jad.2012.06.014](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.014)
39. Schneck CD, Miklowitz DJ, Miyahara S, Araga M, Wisniewski S, Gyulai L, Allen MH, Thase ME, Sachs GS. The prospective course of rapid-cycling bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry.* 2008;165(3):370–377;quiz 410. doi: [10.1176/appi.ajp.2007.05081484](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.05081484)

Сведения об авторах

Светлана Николаевна Васильева, кандидат медицинских наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-0939-0856>

vasilievsn@yandex.ru

Герман Геннадьевич Симуткин, доктор медицинских наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия, <https://orcid.org/000-0002-9813-3789>

ggsimutkin@gmail.com

Евгений Дмитриевич Счастный, профессор, доктор медицинских наук, заведующий отделением аффективных состояний, Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-2148-297X>

evgeny.schastnyy@gmail.com

Елена Владимировна Лебедева, кандидат медицинских наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-6117-6454>

evl26021971@gmail.com

Николай Александрович Бохан, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук, директор, Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»; заведующий кафедрой, кафедра психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом медицинской психологии, ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

mental@tnimc.ru

Information about the authors

Svetlana N. Vasilieva, Cand. of Sci. (Med.), Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-0939-0856>

vasilievsn@yandex.ru

German G. Simutkin, Dr. of Sci. (Med.), Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2148-297X>

ggsimutkin@gmail.com

Evgeny D. Schastnyy, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2148-297X>

evgeny.schastnyy@gmail.com

Elena V. Lebedeva, Cand. of Sci. (Med.), Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-6117-6454>

evl26021971@gmail.com

Nikolay A. Bokhan, Academician of RAS, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Director, Mental Health Research Institute; Head of the Department, Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry, Psychotherapy with the Course of Medical the Psychology, Siberian State Medical University of Russia, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

mental@tnimc.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 09.01.2022
Received 09.01.2022

Дата рецензии 24.02.2022
Revised 24.02.2022

Дата принятия 01.03.2022
Accepted for publication 01.03.2022