

6. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective / M. Zimmerman, J. B. McGlinchey, M. A. Posternak [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2006. – № 163. – P. 148–150.
7. McKnight P. E. The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research / P. E. McKnight, T. B. Kashdan // *Clin. Psychol. Rev.* – 2009. – № 29. – P. 243–259.
8. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder / Jaeger, J., Berns S., Uzelac S. [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2006. – № 145. – P. 39–48.
9. Psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine / Miller I. W. [et al.] // *J. of Clin. Psychiatry*. – 1998. – № 59. – P. 608–613.
10. Relationship of Variability in Residual Symptoms With Recurrence of Major Depressive Disorder During Maintenance Treatment / J. F. Karp, D. J. Buysse, P. R. Houck [et al.] // *Focus*. – 2005. – Vol. 1, № 3 (1). – P. 161–169.
11. The effect of bupropion XL and escitalopram on memory and functional outcomes in adults with major depressive disorder: Results from a randomized controlled trial / Soczynska J. K. [et al.] // *Psychiatry Research*, 2014, article in press.
12. Wade A. A Comparative study of the efficacy of acute and continuation treatment with escitalopram versus duloxetine in patients with major depressive disorder / A. Wade, K. Gembert, I. Florea // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2007. – № 23. – P. 1605–1614.

ЗНАЧЕННЯ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРИ ДЕПРЕСІЇ

С.О. Малярів

У статті розглядаються когнітивні розлади при депресії та важливість звернення на них уваги спеціаліста при виборі терапії, їх значення при оцінці функціонального відновлення пацієнта як нової терапевтичної мети замість досягнення редукції симптоматики чи ремісії. Тривала терапія (протягом 6–12 місяців) СІЗЗС наприклад, есциталопрамом, до певної міри здатна покращити когнітивні симптоми пацієнта з депресією, проте потреба в нових фармакологічних засобах величезна.

Ключові слова: депресія, когнітивні порушення, терапія

VALUE COGNITIVE FUNCTIONING IN DEPRESSION

S. Malyarov

Cognitive symptoms are a common feature of the depression and affect many aspects of a patients' life. Functional restoration is a new treatment goal instead of reducing of symptoms and remission requires an adequate treatment (adequate doses, non-sedative antidepressant and 6–12 months' length). Despite that escitalopram among SSRIs has some proven efficacy in cognition improvement of depressed patients, an unmet need in new agents with better efficacy in this field is exist.

Key words: depression, cognitive symptoms, therapy

УДК 616.89-07-08 (075.9)

Г.М. Вербенко

КОМПЛЕКСНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

При діагностиці афективного епізоду сучасні критерії не враховують особливостей клінічної симптоматики, не зважають на такі важливі фактори, як вік маніфестації, спадковість і перебіг захворювання. Більша достовірність діагностики може бути досягнута шляхом введення інформації, зібраної по різних категоріях, які зазвичай використовуються для уточнення психіатричного діагнозу.

Вивчено клінічні особливості біполярного афективного розладу (БАР) на різних стадіях перебігу у 120 пацієнтів (40 пацієнтів з переважанням депресивних симптомів (F 31.3-5, F 31.6), 30 пацієнтів з переважанням манакальних симптомів (F 31.0-2, F 31.6), 50 пацієнтів в еутимний період (F 31.7) з використанням опитувальника «Індекс біполярності», який дозволяє оцінити в балах наявність у пацієнта п'яти найбільш характерних для БАР ознак: характеристика епізоду; вік маніфестації; перебіг хвороби; ефект терапії; спадковість. Клінічна неоднорідність показників індексу біполярності в першій та четвертих категоріях зумовлена фазою перебігу захворювання, що певним чином впливає і на підсумковий інтегральний індекс біполярності по окремих групах. Клінічні приклади оцінки пацієнтів за індексом біполярності в окремих групах доводять, що індивідуальний індекс біполярності кожного окремого пацієнта може бути високим і наднизьким незалежно від групи. Така оціночна система дозволяє переводити поняття біполярності з категоріальної площини в континуальну, що більшою мірою задовольняє потребам клінічної практики і дозволяє поліпшити якість діагностики і терапії БАР.

Ключові слова:

біполярний афективний розлад, індекс біполярності, епізод, маніфестація, перебіг, терапевтична відповідь, спадковість.

Актуальність. Розвиток медичної науки та відповідне збільшення її можливостей щодо поглибленого дослідження особливостей психічних розладів, а також акцент сучасної медичної практики на відновленні якості життя пацієнтів зумовлюють все більш пильну увагу медичної спільноти до ранньої діагностики і прогно-

тичної оцінки подальшого перебігу біполярного афективного розладу. Для удосконалення реальної клінічної практики необхідним є систематизоване поєднання всіх діагностично-лікувальних аспектів, в тому числі ретельне вивчення анамнезу, всіх клінічних проявів (афективних, когнітивних, поведінкових) і особливостей перебігу

хвороби. Таке поєднання зумовлено акцентом сучасного надання допомоги, насамперед – на відновленні соціального функціонування, перепоною до якого почасти стає наявність нелікованих когнітивних порушень на фоні прогностично сумнівних схем терапії без урахування певних блоків амнестичної складової пацієнта з БАР [1, 6–8].

Відомо, що численні дослідження надають насамперед дані спостережень щодо широкого патерну когнітивних порушень у депресивних пацієнтів з біполярним розладом [1]. Депресивні пацієнти з біполярним розладом демонстрували більш тяжкі порушення за низкою параметрів батареї лобних тестів, ніж пацієнти з уніполярною депресією [2]. Причому дефіцит когнітивних функцій корелює з тривалістю захворювання тільки у пацієнтів з монополярною, але не з біполярною депресією. Автори дослідження припустили, що ці висновки можуть бути зумовлені існуванням різних механізмів, відповідальних за розвиток такого дефіциту. Тяжкість симптомів і тривалість захворювання були схожі в групах пацієнтів відповідно з уніполярною і біполярною депресією, тому навряд чи вони могли вплинути на результати, хоча типи і кількість ліків відрізнялися між двома групами. З іншого боку, Р. Neu та співавтори [3] показали подібні нейропсихологічні дефіцити щодо депресивних осіб з уніполярним, біполярним розладом, дистимічним і шизоафективним розладом, хоча психотичні симптоми були присутні тільки в останньому, який, можливо, дещо зменшував достовірність результатів у цілому. Звертає на себе увагу також фрагментарність цього дослідження із повторним дослідженням швидкості мовлення і вербальної пам'яті випробувань тільки в уніполярних і біполярних пацієнтів. Нейропсихологічний дефіцит спостерігався також у біполярних пацієнтів під час маніакального стану. Використовуючи дискримінантний аналіз, L.D. Clark та співавтори [4] виявили значущу зміну показників вербального навчання і пам'яті, а також підтримання рівня уваги (стійкості уваги). Автори підкреслювали, що феномен стійкого дефіциту уваги за результатами тестування має чітку клінічну асоціацію з симптомом відволікання в манії. Водночас, клінічне значення дефіциту вербального навчання і вербальної було менш очевидним, тому ці дані вимагали подальшого вивчення. Порівняння біполярних пацієнтів у депресивній, маніакальній фазах і змішаному стані [5] виявили наявність когнітивного дефіциту всіх груп порівняно з контрольними осіб, але не було різниці між самими групами пацієнтів.

На даний момент існують дві класифікаційні моделі для психічних розладів – DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5) та 5-й розділ МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду). DSM-5 описує афективні розлади (або розлади настрою), враховуючи три складові – афективний епізод (маніакальний, гіпоманіакальний, депресивний або змішаний), власне афективний розлад та його опис, тобто характеристики останнього епізоду або довготривалий перебіг хвороби. Опис останнього епізоду в DSM-5 включає ступінь тяжкості, наявність ремісії, психотичних симптомів або інших клінічних характеристик. Також вказується перебіг хвороби, якість інтермісії, сезонний патерн та

наявність швидкої зміни фаз. У DSM-V відбулося зниження порогу для діагностування змішаного епізоду, що відображає реальні прояви змішаних станів. З іншого боку, постановка такого діагнозу може не мати ніякого клінічного навантаження, прогностичної значимості або змін у схемі лікування [9]. Згідно з рекомендаціями при клінічній оцінці БАР слід окрему увагу звертати на коморбідність з іншими розладами осі 1 та 2 (згідно з DSM-V), сімейний анамнез щодо психічних розладів, перебіг захворювання, вік пацієнта на момент дебюту, частоту зміни фаз, наявність змішаних епізодів та сезонність [7, 9, 10].

Наприклад, ранній вік маніфестації корелює з більш тяжким перебігом БАР та гіршим прогнозом. Більш ранній початок розладу (<21 року) характеризується більш частою наявністю коморбідної алкогольної та наркотичної залежності, obsесивно-компульсивного розладу, розладів харчової поведінки, швидкої зміни фаз, більшої кількості епізодів, суїцидальних спроб тощо [11]. Схожі висновки ще раніше були отримані T.D.C. Carter та співавторами (2003): в їх роботі початок захворювання у осіб ≤18 років корелював із наявністю коморбідних тривожних розладів, алкогольною та наркотичною залежністю, швидкою зміною фаз, більш частими суїцидальними думками та спробами [12].

Наявність коморбідних психіатричних розладів діагностується у близько 30% пацієнтів із БАР. Їх наявність, як демонструють результати досліджень, асоційована з більшою кількістю змішаних і депресивних епізодів, суїцидальних спроб. Крім того, коморбідні психіатричні розлади частіше зустрічаються у осіб із депресивною маніфестацією БАР [13]. Сімейна обтяженість щодо БАР та великого депресивного розладу також має велике прогностичне значення. Так, відповідь на терапію літєм обернено корелює з наявністю великого депресивного розладу та будь-якого афективного розладу у близьких родичів.

Отже, на теперішній час відбувається розширення поглядів на БАР з патології, що характеризується лише зміною депресивної та маніакальної фаз до більш об'ємного розуміння. Ще в другій половині минулого століття А. Bertelsen та співавтори (1977) на основі дослідження за участі монозиготних близнюків визначили можливих кандидатів на включення до біполярного спектра: шизобіполярний розлад, манія, депресія з гіпоманією (без урахування тривалості гіпоманії), депресія, асоційована з циклотимним та гіпертимним темпераментом, рекурентна (псевдоуніполярна) депресія з сімейним анамнезом щодо БАР, циклічні депресії, що відповідають на терапію літєм та іншими нормотиміками [14]. Крім того, H.S. Akiskal та O. Pinto (1999) підкреслюють, що зміни настрою у рамках «м'яких» БАР, які виникають окремо від періодів зловживання алкоголю та психоактивних речовин (ПАР), теж повинні вважатися частиною біполярного спектра із розробкою чітких критеріїв для їх констатації [15].

Система діагностики біполярного розладу шляхом вимірювання «індексу біполярності» була запропонована G. Sachs для Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Вона є втіленням клінічного діагностичного підходу, коли лікар отри-

мує не загальний бал за певною шкалою як відповідне статистичне відображення хворобливого стану пацієнта, а індивідуалізовану оцінку проблем і настрою конкретного хворого. Водночас, на відміну від стандартизованих систем діагностики МКХ-10 або DSM-5, які виокремлюють певні діагностичні категорії, індекс біполярності визначає спектр діагностичних ознак можливого біполярного афективного розладу, а не тільки стан гіпоманії [16].

Система має 5 «вимірів» біполярності. Наявність гіпоманії/манії оцінюється в одному з них. Всі інші категорії мають однакову діагностичну вартість. Окремі виміри присвячені: наявності гіпоманії/манії (актуальної і в особистому анамнезі); віку початку перших симптомів коливання настрою; клінічними особливостям і перебігу захворювання, терапевтичній відповіді на медикаменти (антидепресанти і тимостабілізатори); сімейному анамнезу афективних розладів і вживання ПАР. Кожному виміру відведено від 0 до 20 балів (максимально можливо 100 балів). Дослідження G. Sachs довели, що індекс біполярності у пацієнтів з БАР сягає понад 60 балів. Натомість пацієнти з БАР II або іншими варіантами цього розладу (за H.S. Akiskal, 2005) можуть отримати більш низький показник. Причому він може визначатися показниками, відмінними від гіпоманії або манії.

Метою дослідження було вивчити клінічні особливості пацієнтів на різних стадіях перебігу біполярного афективного розладу.

Матеріали та методи дослідження

Всі пацієнти, що брали участь у дослідженні, надали письмову інформовану згоду. Було обстежено 120 пацієнтів з біполярним афективним розладом (40 пацієнтів з переважанням депресивних симптомів (F 31.3-5, F 31.6), 30 пацієнтів з переважанням маніакальних симптомів (F31.0-2, F 31.6), 50 пацієнтів в еутимний період (F 31.7)).

Дослідження проводили з використанням опитувальника «Індекс біполярності» (G. Sachs, 2004) для бальної оцінки ознак БАР, а саме: характеристика епізоду; вік маніфестації; перебіг хвороби; ефект терапії; спадковість. Для кожного показника пацієнти верифікувалися одноразово за найбільшим балом. Математичну обробку результатів здійснювали з використанням статистичної програми SPSS 16,0 for Windows.

Результати та їх обговорення

Середній вік загальної вибірки – $41,3 \pm 6,2$ року. Освітній рівень пацієнтів (загальне число років, витрачених на отримання освіти взагалі) – $13,2 \pm 2,8$ року. Тривалість плинного депресивного/маніакального епізоду до початку дослідження становила $2,6 \pm 1,6$ тижня. Час еутимного періоду – $25,8 \pm 9,6$ тижня.

За допомогою психометричного дослідження було проведено категоріальну та усереднену оцінку індексу біполярності пацієнтів трьох груп (БАР-Д, БАР-М та БАР-Е) з метою визначення значущості окремих клінічних характеристик біполярного афективного розладу. Узагальнений індекс біполярності переважав у пацієнтів із групи БАР-М порівняно з групами БАР-Д і БАР-Е (рис. 1).

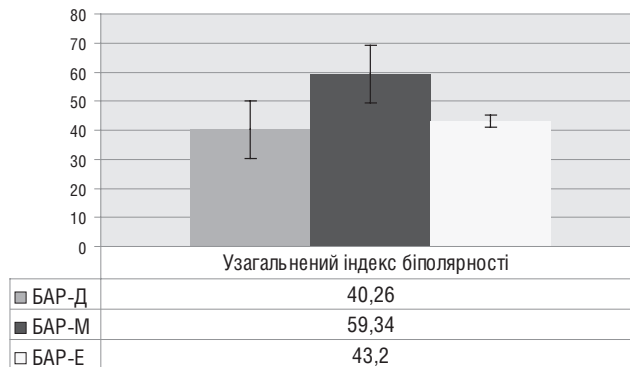


Рис. 1. Порівняння узагальненого індексу біполярності у пацієнтів з БАР залежно від фази перебігу

Отже, за характеристиками плинного епізоду група БАР-М отримала найвищі показники (рис. 2). Всі 100% пацієнтів цієї групи розподілилися за певними ознаками манії/гіпоманії, а саме: 14 (46,7%) пацієнтів з групи БАР-М мали симптоми манії у поєднанні з дисфорією та підвищеною подразливістю; 11 (36,6%) – на фоні манії демонстрували виражену ейфорію, грандіозність або експансивність; 3 (10%) – отримали симптоми манії внаслідок прийому антидепресантів, призначених з приводу депресії; 2 (6,7%) особи з анамнезом БАР мали психотичні галюцинаторно-параноїдні епізоди без афективного компоненту.

В групі БАР-Д 38 (95,0%) пацієнтів мали ознаки епізоду, притаманні саме БАР: 13 (32,5%) осіб – з типовим депресивним епізодом, 11 (27,5%) – з ознаками атипичної депресії (наявність як мінімум двох симптомів серед надмірної сонливості, булімії, порушень моторики або депресія після розлуки), 9 (22,5%) – з мерехтливими симптомами підпорогової гіпоманії, 3 (7,5%) – з гіпоманіакальними симптомами внаслідок прийому антидепресантів, 2 (5,0%) – з психотичними симптомами. В групі БАР-Е за характеристиками плинного епізоду (еутимний стан) також у 9 (18,0%) осіб було відмічено симптоми підпорогової гіпоманії (7 осіб, 14,0%) та симптоми гіпоманії внаслідок прийому антидепресантів (2 особи, 4,0%).

В свою чергу, при розподілі пацієнтів за віком початку захворювання автори не визначили значущої різниці усередненого балу за індексом біполярності: В усіх трьох групах початок захворювання переважно приходився на 20–30 років (рис. 3).

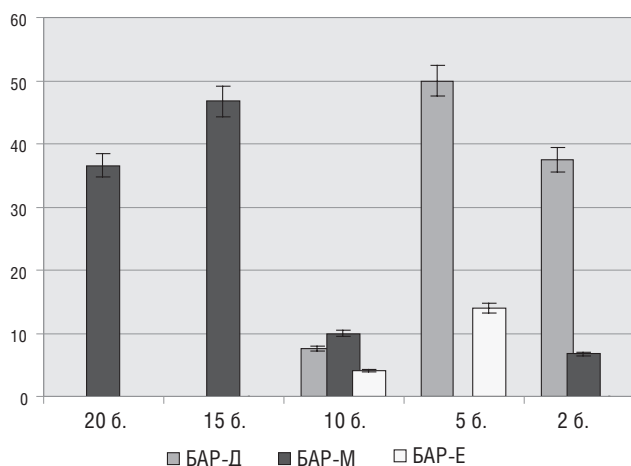


Рис. 2. Розподіл пацієнтів за ознаками епізоду

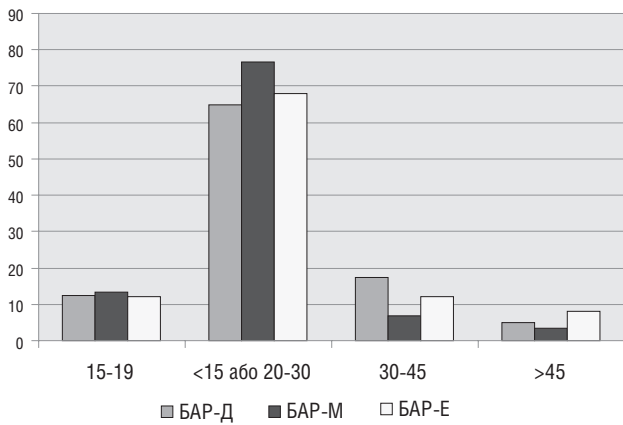


Рис. 3. Розподіл пацієнтів за віком початку симптомів

При аналізі розподілу пацієнтів за перебігом захворювання та іншими ознаками (рис. 4) автори виявили, що перебіг захворювання в вигляді плинного епізоду манії, незалежно від ступеня видужання, значно підвищує показник індексу для BAR-M та утримує групу на першій шпальті. Проте приєднання оцінки інших ознак для пацієнтів з BAR вказує на значну залученість пацієнтів в еутимний період, навіть порівняно з групою BAR-D (показник індексу біполярності – відповідно 6,74 проти 5,60). Так, для групи BAR-D найбільш значущими іншими ознаками виявилися: повторні (три і більше) епізоди депресії без гіпоманії (12 осіб, 30%), вживання ПАР (9 осіб, 22,5%), а також наявність супутнього тривожного розладу (7 осіб, 17,5%). Група BAR-E, в свою чергу, відзначилася високою кількістю осіб, що вживають ПАР (18 осіб, 36,0%) або схильні до азартних ігор та іншої ризикованої поведінки (7 осіб, 14,0%).

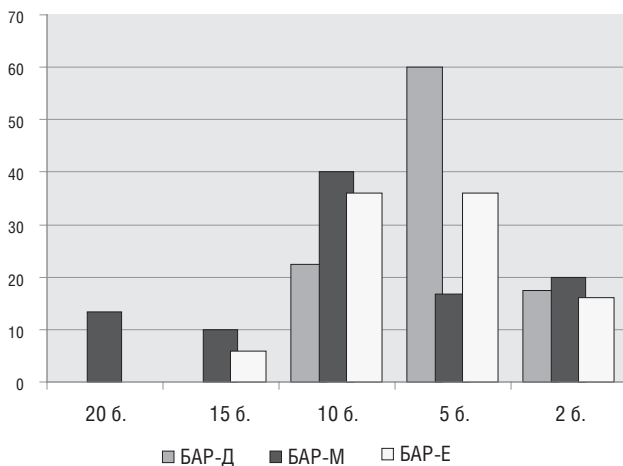


Рис. 4. Розподіл пацієнтів за перебігом захворювання та іншими ознаками

Аналіз груп пацієнтів за терапевтичною відповіддю показав, що тимостабілізатори виявили найбільшу ефективність у групі BAR-M за 4 тижні терапії, а група BAR-D показала найменшу чутливість до такої терапії. А вже за 12 тижнів лікування тимостабілізаторами попереду була група BAR-E, без достовірної різниці з групами BAR-M та BAR-D. Додатково, всі три групи показали однаковий ризик рецидиву захворювання в межах 12 тижнів після припинення прийому тимостабілізаторів: BAR-D – 5 (12,5%) осіб; BAR-M – 4 (13,3%); BAR-E – 6 (12,0%), а також майже однакову часткову відповідь на тимостабілізатори (12 тижнів, 2 препарати): відповідно 3

(7,5%), 3 (10,0%) та 4 (8,0%) особи. Варто звернути увагу, що загалом у 9 осіб було відстежено перехід до змішаного стану/манії в межах 12 тижнів після початку терапії антидепресантами, із них у 5 (12,5%) осіб зміна стану відбулася протягом періоду спостереження в групі BAR-D, а у 4 (13,3%) осіб групи BAR-M – до початку дослідження перед госпіталізацією. Натомість збільшення дисфорії або інших симптомів при застосуванні антидепресантів (4 особи, 10,0%), резистентність до такої терапії (3 особи, 7,5%) та надшвидка відповідь (≤ 1 тижня) на терапію антидепресантами (2 особи, 5,0%) спостерігалася тільки в групі BAR-D (рис. 5).

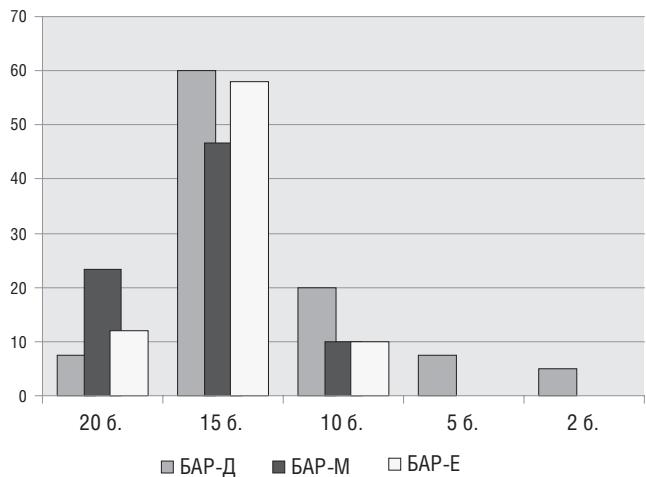


Рис. 5. Розподіл пацієнтів за терапевтичною відповіддю

Компонент індексу біполярності в частині сімейного анамнезу виявився найбільшим в групі BAR-E (5,06), переважно за рахунок наявності у пацієнтів цієї групи родичів 1-го ступеня споріднення (брат/сестра, батьки, дитина) з чітким BAR, з чіткими проблемами з ПАР/алкоголем або з психічними розладами у вигляді насамперед тривожних розладів, а також повторних епізодів депресії, розладів харчової поведінки і синдрому гіперактивності. Категорія «родичі 1-го ступеня споріднення з чіткими проблемами з ПАР/алкоголем» виявилася значущою для груп BAR-D (8 осіб, 20,0%) та BAR-M (9 осіб, 30,0%), «родичі 1-го ступеня споріднення з тривожним розладом» – для групи BAR-D (5 осіб, 12,5%), «родичі 1-го ступеня споріднення з розладом харчової поведінки» – для групи BAR-M (3 особи, 10,0%) (рис. 6).

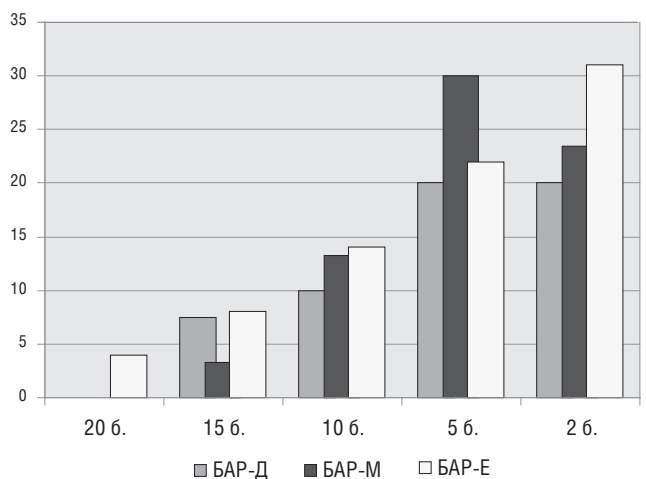


Рис. 6. Розподіл пацієнтів за сімейним анамнезом

Очевидно, що клінічна неоднорідність показників індексу біполярності в першій та четвертих категоріях зумовлена фазою перебігу захворювання, що певним чином впливає і на підсумковий інтегральний індекс біполярності по окремих групах (відповідно в групі БАР-М – 59, 34; в групі БАР-Е – 43,2; в групі БАР-Д – 40, 26). Усереднений показник індексу біполярності за ознаками епізоду для досліджуваних груп становив: БАР-М – 15,47 бала, БАР-Д – 3,9 бала, БАР-Е – 1,1 бала. За віком початку захворювання не було значущої різниці: БАР-М – 15,00 бала, БАР-Д – 14,25 бала, БАР-Е – 14,20 бала. За перебігом захворювання наявність плинного епізоду манії незалежно від ступеня видужання утримує БАР-М групу на першій шпальті. Усереднений бал за індексом біполярності з терапевтичної відповіді виявився по спадінню таким: БАР-Е – 16,10; БАР-М – 15,67; БАР-Д – 12,98. Компонент індексу біполярності в частині сімейного анамнезу виявився найбільшим у групі БАР-Е (5,06), переважно за рахунок наявності у пацієнтів цієї групи родичів 1-го ступеня споріднення (брат/сестра, батьки, дитина) з чітким БАР, з чіткими проблемами з ПАР/алкоголем або з психічними розладами у вигляді насамперед тривожних розладів, а також повторних епізодів депресії, розладів харчової поведінки і синдрому гіперактивності (рис. 7).

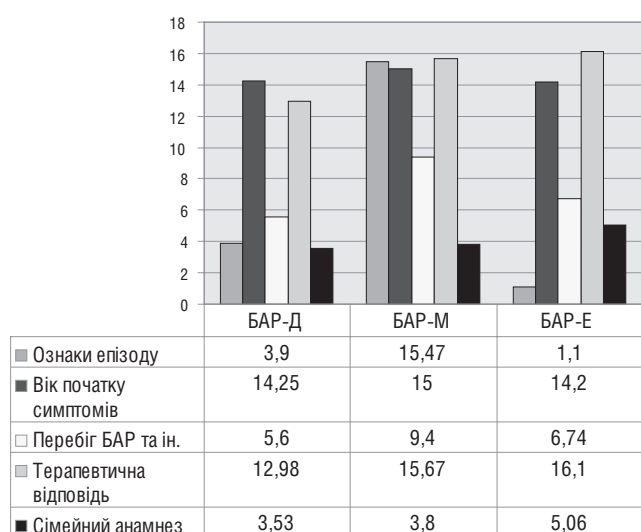


Рис. 7. Індекс біполярності в сімейному анамнезі

Більше того, в групі БАР-М була відносно більша кількість пацієнтів з біполярним розладом першого, а не другого типу. Втім, клінічні приклади оцінки пацієнтів за індексом біполярності в окремих групах доводять, що індивідуальний індекс біполярності кожного окремого пацієнта може бути зависоким і наднизьким незалежно від групи. Для кожного показника (табл. 1–5) пацієнти верифікувалися одноразово за найбільшим балом, навіть за наявності кількох факторів. Наприклад: в групі БАР-Д – пацієнтка М. з першою післяпологовою депресією (5 балів) в 18 років (20 балів); депресією; з епізодами алкоголізації на фоні депресії (10 балів); ажитацією при прийомі антидепресантів (10 балів); з рідною сестрою, що страждає на БАР (20 балів), без ознак манії/гіпоманії – отримує 65 балів. В групі БАР-М – пацієнт К. в маніакальному стані з дисфорією (15 балів), початком захворювання в 32 роки (10 балів), схильний до ризи-

кованої поведінки (5 балів), рецидив в межах 12 тижнів після припинення прийому тимостабілізаторів (15 балів), мати пацієнта лікувалася з приводу тривожного розладу (2 бали) – загалом 47 балів.

Висновки

При діагностиці афективного епізоду сучасні операційні критерії не враховують особливостей клінічної симптоматики, а критерії афективних розладів не зважають на такі важливі фактори, як вік маніфестації, спадковість і перебіг захворювання. Більша достовірність діагностики може бути досягнута шляхом введення інформації, зібраної по різних категоріях, які зазвичай використовуються для уточнення психіатричного діагнозу. Індекс біполярності дозволяє оцінити в балах наявність у пацієнта 5 найбільш характерних для БАР ознак: характеристика епізоду; вік маніфестації; перебіг хвороби; ефект терапії; спадковість. За даними авторів, клінічна неоднорідність показників індексу біполярності в першій та четвертих категоріях зумовлена фазою перебігу захворювання, що певним чином впливає і на підсумковий інтегральний індекс біполярності по окремих групах (відповідно в групі БАР-М – 59, 34; в групі БАР-Е – 43,2; в групі БАР-Д – 40, 26). Більше того, в групі БАР-М була відносно більша кількість пацієнтів з біполярним розладом першого, а не другого типу. Втім, клінічні приклади оцінки пацієнтів за індексом біполярності в окремих групах доводять, що індивідуальний індекс біполярності кожного окремого пацієнта може бути зависоким і наднизьким незалежно від групи. Така оціночна система переводить поняття біполярності з категоріальної площини в континуальну, що більшою мірою задовольняє потребам клінічної практики і дозволяє поліпшити якість діагностики і терапії БАР.

Список використаної літератури

1. Bearden C.E., Hoffman K.M., Cannon T.D. The neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review // *Bipolar. Disord.* – 2001. – Vol. 3. – P. 106–150.
2. Borkowska A., Rybakowski J.K. Neuropsychological frontal lobe tests indicate that bipolar depressed patients are more impaired than unipolar // *Bipolar. Disord.* – 2001. – Vol. 3. – P. 88–94.
3. Neu P., Kiessler U., Schlattmann P., Reischies F.M. Time-related cognitive deficiency in four different types of depression // *Psychiatry Res.* – 2001. – Vol. 103. – P. 237–247.
4. Clark L.D., Iversen S.D., Goodwin G. A neuropsychological investigation of prefrontal cortex involvement in acute mania // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 1605–1611.
5. Basso M.R., Lowery N., Neel J. et al. Neuropsychological impairment among manic, depressed and mixed-episode inpatients with bipolar disorder // *Neuropsychology.* – 2002. – Vol. 16. – P. 84–91.
6. Чабан О.С. Біполярна депресія: проблеми діагностики і терапії / О.С. Чабан, Е.А. Хаустова // *НейроNews.* – 2011. – №5 (32). – С. 18–22.
7. Maruta N.A. The neurocognitive dysfunction in adult patients with bipolar disorder I type / N.A. Maruta, V.A. Verbenko, G.N. Verbenko // *Crimea J. of Exp. and Clin. Med.* – 2013. – Vol. 3, №1–2 (9–10). – P. 21–23.
8. Мосолов С.Н. Біполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / С.Н. Мосолов, Е.Г. Костюкова, М.В. Кузавкова / Под ред. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 15.
9. Вербенко В.А. Принципи формування нейрокогнитивних порушень при расстройствах аффективного спектра / В.А. Вербенко, Г.Н. Вербенко // *Архів психіатрії.* – 2013. – Т. 19, №1 (72). – С. 55–61.
10. Akiskal H.S. Familial-genetic principles for validating the bipolar spectrum: their application in clinical practice. – *Medcape, online publication: www.medscape.com/viewarticle/436384.*
11. Lin P. Clinical correlates and familial aggregation of age at onset in bipolar disorder / Lin P.-I., McInnis M.G., Potash J.B. et al. // *Am. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163. – P. 240–246.
12. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder / Carter T.D.C., Mundo E. et al. // *J. of Psychiatric Research.* – 2003. – Vol. 37. – P. 297–303.

13. *Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients / Vieta E., Colom F., Corbella B. et al. // Bipolar. Disorders. – 2008. – Vol. 3. – P. 253–258.*
14. *Family history and symptom level during treatment for bipolar affective disorder / Coryell W., Akiskal H., Leon A.C. et al. // Biological Psychiatry. – 2000. – Vol. 47. – P. 1034–1042.*
15. *Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder / Cole A.J., Scott J. et al. // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1993. – Vol. 88. – P. 121–123.*
16. *Danish twin study of manic-depressive disorders / A. Bertelsen, B. Harvald, M.A. Hauge // Br. J. Psychiatry. – 1977. – Vol. 130. – P. 330–351.*
17. *Akiskal H.S. The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, IV / H.S. Akiskal, O. Pinto // Psychiatr. Clin. North Am. – 1999. – Vol. 22. – P. 517–534.*
18. *Sachs G.S. Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management // Acta Psychiatr. Scand. Suppl. – 2004. – Vol. 422. – P. 7–17*

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ТЕЧЕНИЯ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Г.М. Вербенко

При диагностике аффективного эпизода современные критерии не учитывают особенностей клинической симптоматики, не принимают во внимание такие факторы, как возраст манифестации, наследственность и течение заболевания. Большая достоверность диагностики может быть достигнута путем введения информации, собранной по категориям, обычно используемым для уточнения психиатрического диагноза.

Изучены клинические особенности 120 пациентов на разных стадиях течения биполярного аффективного расстройства (40 пациентов с преобладанием депрессивных симптомов (F 31.3-5, F 31.6), 30 пациентов с преобладанием маниакальных симптомов (F31.0-2, F 31.6), 50 пациентов в эутичный период (F 31.7) с использованием опросника «Индекс биполярности», который позволяет оценить в баллах наличие у пациента 5 наиболее характерных для БАП признаков: характеристику эпизода; возраст манифестации; течение болезни; эффект терапии; наследственность. Клиническая неоднородность показателей индекса биполярности в первой и четвертой категориях обусловлена фазой течения заболевания (отражено в итоговом интегральном индексе биполярности по отдельным группам). Клинические примеры оценки пациентов по индексу биполярности в отдельных группах показывают, что индивидуальный индекс биполярности каждого отдельного пациента может быть слишком высоким и сверхнизким независимо от группы БАП. Такая оценочная система переводит понятие биполярности из категориальной плоскости в континуальную, в большей степени удовлетворяет потребностям клинической практики и позволяет улучшить качество диагностики и терапии БАП.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, индекс биполярности, эпизод, манифестация, течение, терапевтический ответ, наследственность

COMPREHENSIVE DESCRIPTION OF PATIENTS' CLINICAL FEATURES AT DIFFERENT STAGES OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER.

G. Verbenko

In the diagnosis of an affective episode modern operational criteria do not take into account some clinical symptoms, and important factors such as age of onset, family history and course of the disease. More reliable diagnosis can be achieved by the introduction of the information collected in different categories typically used to refine psychiatric diagnosis.

Clinical symptoms' characteristics were conducted at different stages in 120 patients with bipolar disorder (40 patients with a predominance of depressive symptoms (F 31.3-5, F 31.6), 30 patients with a predominance of manic symptoms (F31.0-2, F 31.6) 50 patients eutimic period (F 31.7), using a questionnaire "bipolarity index" (G.Sachs, 2004), which allows to estimate if the patient has the five most characteristic signs of BAD: description of the episode; age of onset; the course of the disease; response; heredity. So, clinical heterogeneity indicators index bipolarity in the first and fourth categories due to the phase of the disease (reflected in the integral index of bipolarity on separate groups). Clinical examples of the evaluation of patients at index bipolarity in separate groups show that the individual index bipolarity of the individual patient may be too high and ultra-low regardless of the group bar. This scoring system takes the concept of bipolarity with categorical plane in a continuous, largely meets the needs of clinical practice.

Key words: bipolar affective disorder, bipolar index episode; manifestation, course, therapeutic response, heredity

УДК: 616.895.8+ 616.89- 008.1-056.83: 575

О.П. Романів

МОДЕЛЬ КОРЕКЦІЇ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ НА ОСНОВІ ВИВЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО АУТОАГРЕСІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної та судової психіатрії і наркології, м. Київ

Ключові слова:
аутоагресія,
психосоматика,
суїцидальна спроба,
інфаркт міокарда,
психотерапія,
психоосвіта.

Корекція саморуйнівної поведінки є важливим соціальним завданням, вирішення якого можливе лише при інтеграції різних напрямлень робіт із пацієнтом в єдину стратегію. На основі вивчення психологічних і психопатологічних паралелей суїцидогенезу 60 суїцидентів та 60 хворих з інфарктом міокарда ми розробили та застосували трьохкомпонентну модель психотерапевтичної корекції саморуйнівної поведінки у пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда та осіб, що скоїли суїцидальну спробу. Модель є поєднанням психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоків інтервенції. Оцінку ступеня редукції само руйнівної поведінки ми оцінювали за допомогою динаміки Колумбійської шкали оцінки тяжкості суїциду (C-SSRS). Нами було зафіксовано редукцію суїцидальних думок в обох групах. Причому манифестація «загрозливого» соматичного стану у вигляді інфаркту міокарда додатково сприяла зменшенню суїцидальної налаштованості, що відтворилося у повному зникненні всіх суїцидальних ідей. Саме поєднання психоосвітнього, гуманістичного (екзистенційного) і когнітивно-поведінкового блоків з використанням мотиваційного інтерв'ю як інструменту підвищення прихильності до терапії дозволило провести трансформацію актуальних хворобливих життєвих стратегій пацієнтів обох груп.

Актуальність. Профілактика аутоагресивної поведінки постає важливим соціальним завданням, здійснення якого можливе лише при інтеграції зусиль великої кількості установ в єдину превентивну стратегію. Провідними для АП є соціально-психологічні фактори ризику (ФР), але наявність психічного розладу у пацієнта значно

збільшує ризик аутоагресивної налаштованості, що робить актуальною проблему оцінки суїцидального ризику та профілактики суїцидальної поведінки для лікарів психіатрів, психотерапевтів і психологів [1, 8, 16, 21,22].

Сучасні підходи профілактики аутоагресивних дій базуються на моделі «суїцидального процесу». Аутоа-