

## Структура аффективных колебаний в неклинической выборке

Осипова Н.Н.<sup>1</sup>, Барденштейн Л.М.<sup>1</sup>, Алешкина Г.А.<sup>1</sup>, Дмитриева Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова  
Россия, 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1

<sup>2</sup>Смоленский государственный медицинский университет  
Россия, 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

### РЕЗЮМЕ

**Цель.** Изучение структуры колебаний настроения на доклиническом этапе по результатам скрининговых методов.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 129 студентов. Средний возраст  $18,95 \pm 0,08$  лет. Применялись клиничко-психопатологический метод, краткий международный нейропсихиатрический опросник Mini-International Neuropsychiatric Interview, а также скрининговые методы: диагностический опросник по биполярному расстройству (Hypomania Checklist (HCL-32)), шкала депрессии Гамильтона (HAM-D-17).

**Результаты.** При клиничко-психопатологическом исследовании в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра, класс V: психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) психические расстройства, в том числе аффективная патология, выявлены не были. По результатам скрининговой методики HCL-32, у 61,2% ( $n = 79$ ) респондентов суммарный балл превышал пороговое значение. Анализ отдельных пунктов шкалы HCL-32 на всей выборке выявил, что большинство исследуемых положительно оценивали влияние подъемов настроения на семейную сферу (63,57%;  $n = 82$ ), общественную деятельность (68,99%;  $n = 89$ ), работу (75,19%;  $n = 91$ ), сферу досуга (82,17%;  $n = 106$ ). Положительная (36,43%;  $n = 47$ ; 95%-й доверительный интервал (ДИ) 28,13–44,74) и нейтральная (37,21%;  $n = 48$ ; 95%-й ДИ 33,35–50,37) оценка подъемов настроения также выявлена со стороны ближайшего окружения респондентов, что в целом существенно затрудняет распознавание гипоманиакальных симптомов и задерживает обращение за специализированной помощью. В структуре эпизодов подъемов настроения преобладали раздражительность ( $r = -0,684$ ), конфликтность ( $r = -0,665$ ), рискованное поведение ( $r = -0,550$ ), усиление сексуальных побуждений ( $r = 0,527$ ), повышение энергии и активности ( $r = 0,431$ ), отвлекаемость ( $r = -0,467$ ), употребление стимулирующих веществ ( $r = -0,467$ ), снижение потребности во сне ( $r = 0,408$ ). Эти признаки во многом сходны с клиническими проявлениями гипоманиакального эпизода при биполярном расстройстве II типа. Выявленные по шкале HAM-D-17 у 34,8% ( $n = 45$ ) респондентов признаки легкой депрессии были представлены нарушениями сна ( $r = 0,693$ ), снижением работоспособности ( $r = 0,520$ ), депрессивным настроением ( $r = 0,579$ ), ипохондрией ( $r = 0,466$ ), общесоматическими симптомами ( $r = -0,508$ ), нарушением функции желудочно-кишечного тракта ( $r = 0,513$ ). Данные признаки не носили характер активных жалоб и не служили поводом для обращения за специализированной помощью.

**Заключение.** В неклинической выборке в структуре колебаний настроения преобладали подъемы, которые субъективно не идентифицировались как болезненные симптомы и не выступали в качестве жалоб при клиничко-психопатологическом исследовании. Сниженный фон настроения сочетался с общесоматическими симптомами, что может указывать на последующее формирование коморбидной патологии. Выявленные субсиндромальные признаки гипомании и депрессии в неклинической выборке при отсутствии активных жалоб и обращений за психиатрической помощью представляют клиническую значимость как предикторы аффективной патологии биполярного спектра и требуют дальнейшего клиничко-динамического наблюдения.

**Ключевые слова:** гипомания, субдепрессия, биполярное аффективное расстройство, скрининговые методы.

✉ Осипова Наталья Николаевна, e-mail: [natinen@yandex.ru](mailto:natinen@yandex.ru)

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

**Соответствие принципам этики.** До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие. Исследование одобрено этическим комитетом Смоленского государственного медицинского университета (протокол № 3 от 02.12.2018).

**Для цитирования:** Осипова Н.Н., Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А., Дмитриева Е.В. Структура аффективных колебаний в неклинической выборке. *Бюллетень сибирской медицины*. 2021; 20 (3): 79–87. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-3-79-87>.

## The structure of affective fluctuations in a non-clinical sample

Osipova N.N.<sup>1</sup>, Bardenstein L.M.<sup>1</sup>, Aleshkina G.A.<sup>1</sup>, Dmitrieva E.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov  
20/1, Delegatskaya Str., Moscow, 127473, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Smolensk State Medical University  
28, Krupskoy Str., Smolensk, 214019, Russian Federation*

### ABSTRACT

**Aim.** To study the structure of mood fluctuations at the preclinical stage based on the findings of screening methods.

**Materials and methods.** A total of 129 students participated in the study. The average age was 18.95 ± 0.08 years. We used the clinical and psychopathological method, the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), and screening methods, such as the diagnostic questionnaire for bipolar disorder (Hypomania Checklist-32 (HCL-32)), and Hamilton Depression Scale (HAMD-17).

**Results.** Upon a clinical and psychopathological examination according to ICD-10 criteria, class V, mental and behavioral disorders (F00-F99), including affective pathology, were not detected. According to the findings of the HCL-32 screening technique, 61.2% ( $n = 79$ ) of respondents had a cumulative score above the threshold. Analysis of individual items on the HCL-32 scale across the entire sample revealed that the majority of examinees positively assessed the impact of mood elevations on the family sphere (63.57%;  $n = 82$ ), social activities (68.99%;  $n = 89$ ), work (75.19%;  $n = 91$ ), and recreational sphere (82.17%;  $n = 106$ ). Positive (36.43%;  $n = 47$ ; 95% confidence interval (CI) 28.13–44.74) and neutral (37.21%;  $n = 48$ ; 95% CI 33.35–50.37) assessments of mood elevations were also detected by the respondents' immediate circle, which, in general, significantly complicates recognition of hypomania symptoms and delays seeking specialized care. In the structure of mood elevation episodes irritability ( $r = -0.684$ ), conflict ( $r = -0.665$ ), risk-taking behavior ( $r = -0.550$ ), increased sexual desire ( $r = 0.527$ ), increased energy and activity ( $r = 0.431$ ), distractibility ( $r = -0.467$ ), stimulant use ( $r = -0.467$ ), and decreased need for sleep ( $r = 0.408$ ) dominated. These signs are very similar to the clinical manifestations of a hypomanic episode in bipolar II disorder.

Signs of mild depression revealed according to the HAMD-17 scale in 34.8% ( $n = 45$ ) of respondents included sleep disorders ( $r = 0.693$ ), decreased ability to work ( $r = 0.520$ ), depressive mood ( $r = 0.579$ ), hypochondria ( $r = 0.466$ ), general somatic symptoms ( $r = -0.508$ ), and gastrointestinal disorders ( $r = 0.513$ ). These signs did not result in chief complaints and were not the reason for seeking specialized care.

**Conclusion.** In the non-clinical sample, in the structure of mood swings, mood elevations dominated, which were not subjectively identified as illness symptoms and did not appear as complaints in clinical and psychopathological examinations. Low mood was accompanied by general somatic symptoms, which may indicate subsequent formation of comorbid pathology. The identified subsyndromal signs of hypomania and depression in the non-clinical sample in the absence of complaints and psychiatric care-seeking are of clinical significance as predictors of a bipolar affective disorder and require further clinical and dynamic monitoring.

**Key words:** hypomania, subdepression, bipolar affective disorder, screening methods.

**Conflict of interest.** The authors declare the absence of obvious or potential conflict of interest related to the publication of this article.

**Source of financing.** The authors state that they received no funding for the study.

**Conformity with the principles of ethics.** A written informed consent was obtained from all the participants prior to inclusion in the study. The study was approved by the Ethics Committee at Smolensk State Medical University (Protocol No. 3 of 02.12.2018).

**For citation:** Osipova N.N., Bardenstein L.M., Aleshkina G.A.1, Dmitrieva E.V. The structure of affective fluctuations in a non-clinical sample. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2021; 20 (3): 79–87. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-3-79-87>.

## ВВЕДЕНИЕ

Биполярное расстройство (БР) является рецидивирующим, хроническим и инвалидирующим заболеванием. Прогнозирование риска развития, ранняя диагностика и лечение являются главными клиническими и исследовательскими целями на протяжении последних десятилетий [1–10]. Поскольку первые проявления болезни выявляются в возрасте до 18 лет почти у двух третей пациентов [1, 2], усилия по раннему распознаванию и лечению должны быть сосредоточены именно на подростковом и юношеском возрастных периодах [1, 3–8].

Все более широкое признание получает тот факт, что биполярное расстройство, как и шизофрения, имеет продромальную фазу, которая может быть идентифицирована до развития полной клинической картины заболевания. В отличие от шизофрении, где наличие продрома подтверждается критериями, прогнозирующими наступление психоза от 6 мес до 3 лет в 10–40% случаев [9, 11], существование специфического продрома для БР, которое позволило бы целенаправленное терапевтическое вмешательство, требует дальнейшего изучения [2, 5–11].

Раннее начало заболевания в большинстве случаев связано с более длительными задержками лечения, что является факторами риска неблагоприятного исхода биполярного расстройства у взрослых [12, 13].

Типология клинических вариантов БР включает значительное большее, чем представлено в международных классификациях болезней, количество вариантов [14, 15].

В классификации психических заболеваний Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV-TR (APA), 2000; DSM-V (APA), 2013) выделены два основных варианта течения биполярного расстройства: БР I типа и БР II типа [16, 17]. БР I типа диагностируют у больного при выявлении, по крайней мере, одного маниакального или смешанного эпизодов. При БР II типа (296.89 – DSM-V, APA, 2013) обяза-

тельно наличие хотя бы одного гипоманиакального эпизода и, по крайней мере, одного эпизода большого депрессивного расстройства (текущего или в анамнезе). В 2019 г. Всемирной организацией здравоохранения утвержден проект ICD-11, в котором также представлено разделение БР на I и II типы [18].

Диагностика БР II типа в Российской Федерации в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (класс V: психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)) осложнена отсутствием диагностических критериев для данного расстройства. Имеется указание на включение БР II типа в рубрику F31.8 «Другие биполярные аффективные расстройства», что делает затруднительным выявление этого варианта БР в Российской Федерации и его статистический учет [19].

Проблемы ранней диагностики БР в подростковом и юношеском возрасте во многом связаны с атипичностью клинической картины субдепрессивных, депрессивных, гипоманиакальных, маниакальных и смешанных эпизодов, ее полиморфностью и синдромальной незавершенностью, обусловленной особенностями формирующейся подростковой психики [20, 21]. Это приводит к тому, что значительная часть страдающих БР подростков не получает своевременного адекватного лечения или совсем не попадает в поле зрения психотерапевта, психиатра. В исследовании K.R. Merikangas и соавт. [22] отмечено, что пациенты с началом БР в детстве остаются без лечения в среднем более 16 лет.

Значительные проблемы в процессе диагностики БР II типа представляют гипоманиакальные эпизоды, которые трудно распознаются как самими пациентами, так и их родственниками. Большинство пациентов не считают такие состояния болезненными и, соответственно, не обращаются за медицинской помощью [23]. Особенно это касается подростков, которым может нравиться состояние повышенного настроения, подъема энергии. Они могут усиливать подобное

состояние приемом психоактивных веществ с последующим рискованным поведением [24].

Также следует отметить, что во временном аспекте динамики БР преобладающими являются депрессивные эпизоды, и их дифференцирование с монополярной рекуррентной депрессией представляет клиническую проблему [25]. Депрессия первоначально рассматривается как монополярная более чем у 40% пациентов, которым позже был поставлен диагноз биполярного аффективного расстройства [26]. Имеются данные, что процесс диагностирования БР и адекватное лечение задерживаются на 6–8 лет и более, особенно при дебюте болезни в подростковом возрасте [26–29].

Раннее начало заболевания также связано с высоким суицидальным риском, присоединением коморбидной патологии, быстроциклическим течением [30–32].

Своевременная диагностика и лечение БР имеют важное значение для замедления развития эпизодов расстройства настроения, что позволит снизить вероятность формирования когнитивных нарушений, ухудшение качества жизни, а также предотвратить преждевременную смертность от самоубийств и сердечно-сосудистых заболеваний [33].

Целью настоящего исследования – изучение структуры аффективных колебаний в неклинической выборке с использованием скрининговых методов.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 129 студентов, обучающихся в медицинском университете по программам высшего образования. Средний возраст  $18,95 \pm 0,08$  лет. Среди них – юношей 25,6% ( $n = 33$ ), девушек 74,4% ( $n = 96$ ). Все респонденты дали письменное информированное согласие на участие в данном исследовании. В работе были использованы клиничко-психопатологический метод, а также краткий международный нейропсихиатрический опросник Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) [34]. Для диагностики гипомании использовался диагностический опросник по биполярному расстройству Hupomania Checklist (HCL-32) [35, 36]. Для оценки выраженности депрессии использовалась шкала Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-17) [37].

Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики. Построение 95%-го доверительного интервала (ДИ) проводилось по формуле для долей и частот методом Вальда. Для изучения факторной структуры эпизодов подъемов и спадов настроения по шкалам HCL-32 и HAM-D-17 использовался факторный анализ (анализ главных

компонент). Решение о количестве факторов принималось на основании наибольшего объяснения дисперсии выборки. Статистический анализ результатов выполнен в Microsoft Excel 16 с использованием надстроек «Анализ данных» и AtteStat 12.0.5.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

При клиничко-психопатологическом исследовании респондентов с применением краткого международного нейропсихиатрического опросника MINI, психические расстройства, в том числе аффективная патология, не выявлены. При использовании диагностического опросника по биполярному расстройству HCL-32 учитывались соответствующие рекомендации разработчика (J. Angst, 2005) для подтверждения склонности к гипомании (суммарный балл  $\geq 14$ ). В исследуемой выборке среднее значение по шкале HCL-32 составило  $14,80 \pm 0,44$  ( $\min = 4$ ,  $\max = 30$ ). У 79 респондентов (61,2%; 95%-й ДИ 52,83–69,65) суммарный балл превышал пороговое значение.

Анализ отдельных пунктов шкалы HCL-32 на всей выборке выявил, что при сравнении своего состояния с другими людьми 44,9% ( $n = 58$ ; 95%-й ДИ 36,38–53,55) респондентов назвали свое состояние стабильным и ровным; 27,13% ( $n = 35$ ; 95%-й ДИ 19,46–34,80) отметили чередование подъемов и спадов настроения. Анализ отдельных пунктов шкалы HCL-32 на всей выборке выявил, что большинство исследуемых положительно оценивали влияние подъемов настроения на семейную сферу (63,57%;  $n = 82$ ), общественную деятельность (68,99%;  $n = 89$ ), работу (75,19%;  $n = 91$ ), сферу досуга (82,17%;  $n = 106$ ). Также субъективная оценка реакции окружающих на эпизоды подъема настроения интерпретировалась респондентами в большинстве случаев как позитивная (36,43%;  $n = 47$ ; 95%-й ДИ 28,13–44,74) и нейтральная (37,21%;  $n = 48$ ; 95%-й ДИ 33,35–50,37). Негативную оценку окружающих на эпизоды подъема настроения отметили лишь 3,18% ( $n = 17$ ; 95%-й ДИ 0,55–7,21) респондентов.

Субъективная оценка продолжительности эпизодов подъема настроения варьировала от 1 мес ( $n = 5$ ; 3,88%; 95%-й ДИ 0,55–7,21) до 1 сут ( $n = 30$ ; 23,26%; 95%-й ДИ 15,97–30,59). Часть респондентов 23,26% ( $n = 30$ ; 95%-й ДИ 15,97–30,53) не смогли оценить продолжительность эпизода подъема настроения. Наличие эпизодов подъема настроения за последние 12 мес отметили все респонденты (100%; 95%-й ДИ 100,0–100,0).

Следующим этапом исследования было изучение структуры эпизодов подъема настроения по опро-

снику NCL-32 с применением факторного анализа среди респондентов ( $n = 79$ ), суммарный балл которых превышал скрининговый порог ( $\geq 14$  баллов). Всего в структуре подъема настроения было выявлено 11 факторов, совокупная доля дисперсии которых составила 66,9%. Наиболее значимые веса отмечались в восьми факторах. Первый фактор (Фактор I) образовали следующие шкалы, представленные в табл. 1.

Таблица 1

| Структура Фактора I по результатам опросника NCL-32 в неклинической выборке |  |        |
|---|--|--------|
| № шкалы   | Пункты NCL-32                                  | $r$    |
| 9   | В повседневной жизни я чаще иду на риск        | -0,550 |
| 21  | Я легче отвлекаюсь                             | -0,467 |
| 25  | Я более нетерпелив и (или) быстрее раздражаюсь | -0,684 |
| 26  | Я могу утомлять и раздражать окружающих        | -0,585 |
| 27  | Я чаще попадаю в конфликтные ситуации          | -0,665 |

Из табл. 1 видно, что наиболее значимые веса в Факторе I имели показатели, связанные с раздражительностью ( $r = -0,684$ ), конфликтностью ( $r = -0,665$ ), рискованным поведением ( $r = -0,550$ ), повышенной отвлекаемостью ( $r = -0,467$ ).

Значимые веса показателей Фактора II представлены в табл. 2.

Таблица 2

| Структура Фактора II по результатам опросника NCL-32 в неклинической выборке |   |       |
|--|---|-------|
| № шкалы  | Пункт NCL-32  | $r$   |
| 2  | Более энергичен и активен   | 0,556 |
| 16   | У меня возрастает интерес к сексу и/или усиливается сексуальное желание | 0,527 |
| 18   | Я больше говорю   | 0,468 |
| 20   | В беседах я чаще шучу и каламбурю                                       | 0,418 |
| 28   | Я в приподнятом настроении и более оптимистичен                         | 0,481 |
| 29   | Я пью больше кофе   | 0,514 |

Фактор II имел значимые веса по таким показателям, как повышение энергии и активности ( $r = 0,556$ ), усиление сексуальных побуждений ( $r = 0,527$ ), употребление большего количества кофе ( $r = 0,514$ ), повышение настроения ( $r = 0,481$ ), повышенная разговорчивость ( $r = 0,468$ ).

Фактор III со значимыми весами представлен в табл. 3.

Вклад фактора III связан с получением большего удовольствия от выполняемой деятельности ( $r = 0,540$ ), появлением планов и проектов ( $r = 0,528$ ), творческих идей ( $r = 0,511$ ), показателями повыше-

ния уверенности в себе ( $r = 0,509$ ), употреблением стимулирующих веществ ( $r = 0,444$ ).

Таблица 3

| Структура Фактора III по результатам опросника NCL-32 в неклинической выборке |   |       |
|---|---|-------|
| № шкалы   | Пункт NCL-32  | $r$   |
| 3   | Более уверен в себе   | 0,509 |
| 4   | Получаю больше удовольствия от работы                               | 0,540 |
| 11  | Я строю больше планов и проектов                                    | 0,528 |
| 12  | У меня больше творческих идей                                       | 0,511 |
| 22  | Я нахожу множество новых занятий                                    | 0,506 |
| 32  | Я принимаю больше лекарств (седатиков, анксиолитиков, стимуляторов) | 0,444 |

Вклад фактора IV включал следующие признаки: увеличение количества поездок, связанных с желанием путешествовать ( $r = 0,535$ ), рискованный стиль вождения транспортного средства ( $r = 0,523$ ), «скачка» мыслей ( $r = -0,480$ ), большие траты денежных средств ( $r = 0,441$ ).

Фактор V представлен показателем, связанным с большей быстротой и легкостью выполнения привычной деятельности ( $r = 0,441$ ). В Факторе VI наибольшие веса имели показатели повышения физической активности ( $r = 0,668$ ), снижение потребности во сне ( $r = 0,668$ ). Значимый вес ( $r = 0,539$ ) VIII фактора представлен показателем, связанным с желанием одеваться ярко и экстравагантно.

С целью изучения депрессивных колебаний настроения была использована шкала М. Гамильтона (HAM-D-17). В исследуемой выборке среднее значение по шкале составило  $6,51 \pm 0,39$  ( $\min = 0$ ,  $\max = 13$ ), что свидетельствует об отсутствии симптомов депрессии в общей выборке. У 84 респондентов (65,1%) суммарный балл не превышал пороговые значения и находился в пределах 0–7 баллов. От 8 до 13 баллов набрали 45 респондентов (38,4%).

Следующим этапом исследования было изучение структуры эпизодов снижения настроения по шкале HAM-D-17 с применением факторного анализа среди респондентов ( $n = 45$ ), суммарный балл которых превышал норму и составлял 8–13 баллов, что соответствует проявлениям депрессии в легкой форме. При выделении максимального числа факторов с учетом критерия Кайзера структура депрессивных состояний оказалась представлена шестью факторами и объясняла 60,99% дисперсии признаков выборки. Факторный анализ структуры эпизодов снижения настроения представлен в табл. 4.

Наибольший вклад в общую дисперсию внесли четыре фактора. Значимые веса Фактора I имели показатели, связанные в основном с диссомнией: трудности засыпания ( $r = 0,693$ ), прерывистый сон ( $r = 0,663$ ), ранние пробуждения ( $r = 0,537$ ).

Фактор II имел значимые веса по таким показателям, как чувство вины ( $r = -0,504$ ), суицидальные тенденции ( $r = 0,682$ ), общие соматические симпто-

мы и симптомы, связанные с нарушением функции желудочно-кишечного тракта, ипохондрией и потерей веса.

Таблица 4

| Факторный анализ структуры сниженного настроения по шкале HAMD-17 (факторные нагрузки, дисперсия) |          |           |            |           |          |           |
|---|----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|
| Показатель  | Фактор I | Фактор II | Фактор III | Фактор IV | Фактор V | Фактор VI |
| Депрессивное настроение   | -0,367   | -0,356    | 0,161      | 0,579     | 0,103    | 0,102     |
| Чувство вины  | 0,209    | -0,504    | 0,287      | -0,191    | -0,475   | 0,014     |
| Суицидальные тенденции  | -0,082   | 0,682     | 0,257      | 0,281     | 0,130    | 0,305     |
| Ранняя бессонница (трудности засыпания)   | 0,693    | 0,028     | 0,050      | 0,010     | -0,025   | -0,253    |
| Средняя бессонница (прерывистый сон)  | 0,663    | 0,292     | 0,085      | 0,190     | -0,021   | -0,190    |
| Поздняя бессонница (ранние пробуждения)   | 0,537    | 0,030     | 0,115      | 0,028     | 0,272    | 0,249     |
| Работа и интересы   | -0,388   | 0,112     | 0,290      | 0,520     | -0,252   | -0,214    |
| Заторженность   | -0,299   | 0,154     | -0,247     | 0,053     | -0,524   | -0,041    |
| Напряжение  | -0,378   | 0,032     | -0,642     | -0,362    | 0,401    | 0,069     |
| Соматические симптомы желудочно-кишечного тракта  | 0,001    | 0,513     | 0,164      | -0,158    | -0,185   | 0,644     |
| Общие соматические симптомы   | -0,050   | 0,415     | -0,508     | -0,160    | -0,143   | -0,411    |
| Расстройство половой сферы  | -0,290   | -0,068    | -0,098     | -0,153    | -0,484   | 0,403     |
| Ипохондрия  | 0,010    | -0,453    | -0,359     | 0,466     | 0,114    | 0,142     |
| Потеря веса   | -0,447   | 0,399     | 0,194      | 0,245     | 0,238    | -0,363    |
| Критика к болезни   | 0,266    | 0,315     | -0,326     | 0,229     | -0,099   | 0,180     |
| Доля накопленной дисперсии, %   | 60,99    |           |            |           |          |           |

Вклад фактора III связан с показателями напряжения ( $r = -0,642$ ), общесоматическими симптомами ( $r = -0,508$ ). Вклад фактора IV в общую дисперсию составил 9,73% и включал следующие: снижение работоспособности ( $r = 0,520$ ), депрессивное настроение ( $r = 0,579$ ), ипохондрию ( $r = 0,466$ ). Вклад фактора V в общую дисперсию составил 9,73% и включал следующие: снижение работоспособности ( $r = 0,520$ ), депрессивное настроение ( $r = 0,579$ ), ипохондрию ( $r = 0,466$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностика гипоманиакальных и субдепрессивных состояний на доклиническом этапе представляет сложности, связанные с субъективной оценкой своего состояния как самими респондентами, так и интерпретацией их состояния ближайшим окружением. Выявленные в 61,2% ( $n = 79$ ) субклинические подъемы настроения в большинстве случаев оценивались респондентами и их ближайшим окружением как положительные и благоприятно влияющие на семейные взаимоотношения, общественную деятельность, досуг. Качественный анализ показал, что в структуре эпизодов подъема настроения преобладают такие признаки гипомании, как повышение энергии и общей активности, раздражительность, рискованное поведение, снижение потребности во сне, употребление стимулирующих веществ, усиление сексуальных побуждений, повышенная разговорчивость, которые

идентичны клиническим проявлениям гипоманиакального эпизода при БР.

J. Angst и соавт. (2020) провели сравнительный анализ диагностических критериев биполярного расстройства с использованием DSM-V (APA, 2013) и проекта ICD-11. Они отметили, что в отличие от DSM-IV-TR и МКБ-10 в DSM-V и проекте ICD-11 в основных критериях диагностики гипоманиакального эпизода, помимо изменения настроения (эйфория, раздражительность), делается акцент на постоянно возрастающую активность, прилив сил, субъективное ощущение подъема энергии. Это, по мнению авторов, является существенным для описания более полной и точной клинической картины расстройства [38].

Снижение настроения и связанные с ним проявления диссомнии, общесоматические симптомы, психическая и соматическая тревога, ухудшение работоспособности были выявлены у 34,8% исследуемых лишь при тщательном расспросе при отсутствии активных жалоб со стороны респондентов и соответствовали степени легкой депрессии по шкале HAMD-17. Также выявленные признаки депрессивных состояний на доклиническом этапе имели тенденцию к связи с общесоматическими симптомами, что косвенно может указывать на дальнейшее формирование коморбидной патологии. Изучение хронологической последовательности возникновения коморбидных состояний при БР также может способствовать ранней диагностике и своевременному лечению. По мнению многих авторов, большинство

коморбидных расстройств возникает задолго до дебюта основного заболевания.

В исследованиях E.A. Frazier, J.I. Hunt и соавт. (2020) изучались коморбидные расстройства, предшествовавшие БР. Было выявлено, что злоупотребление алкоголем и каннабисом у мужчин предшествовало БР I типа, в то время как тревожные расстройства и расстройства пищевого поведения чаще выявлялись до дебюта у женщин. По мнению авторов, своевременное лечение предшествующих дебюту БР коморбидных расстройств, может выступать в качестве мер вторичной профилактики основного заболевания [39].

Полученные данные согласуются с концепцией подпороговой депрессии, которая имеет высокую распространенность в подростковом возрасте, связана с сопутствующей соматической патологией и функциональными нарушениями. В исследованиях 2 022 чилийских подростков, обучавшихся в 9–11-х классах, было выявлено, что подпороговая депрессия у девочек, помимо сниженного настроения, проявлялась проблемами со сном. У мальчиков была более выражена ангедония, нарушения концентрации внимания, психомоторная заторможенность или возбуждение [40].

В исследованиях A.R. van Meter и соавт. (2019) выявлены продромальные симптомы, предшествовавшие первому эпизоду расстройства настроения. Более чем у половины участников (51%) аффективному эпизоду предшествовал симптом повышения энергии. Исследователями выявлены более 40 различных донозологических симптомов, которые в целом свидетельствовали о неоднородности преморбидных проявлений. Данное исследование также показало, что дебют БР было постепенным [41].

Существующие данные о наличии у большинства пациентов более одного продромального симптома в дальнейшем могут способствовать выявлению более точных кластеров признаков, которые могли бы выступать в качестве убедительных критериев прогнозирования, профилактики и раннего вмешательства при биполярном расстройстве.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При клинико-психопатологическом исследовании в соответствии с критериями МКБ-10 (класс V: психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99)) аффективная патология не выявлена. По результатам скрининговой методики HCL-32, у 61,2% ( $n = 79$ ) респондентов суммарный балл превышал пороговое значение. Анализ отдельных пунктов шкалы HCL-32 на всей выборке показал, что большинство исследуемых положительно оце-

нивали влияние подъемов настроения на семейную сферу (63,57%;  $n = 82$ ), общественную деятельность (68,99%;  $n = 89$ ), работу (75,19%;  $n = 91$ ), сферу досуга (82,17%;  $n = 106$ ). Положительная (36,43%;  $n = 47$ ) и нейтральная (37,21%;  $n = 48$ ) оценка подъемов настроения также отмечена со стороны ближайшего окружения респондентов, что в целом существенно затрудняет распознавание гипоманиакальных симптомов и задерживает обращение за специализированной помощью.

Структура эпизодов подъемов настроения была представлена 11 факторами, среди которых наибольший вклад в общую дисперсию внесли такие признаки, как раздражительность ( $r = -0,684$ ), конфликтность ( $r = -0,665$ ), рискованное поведение ( $r = -0,550$ ), усиление сексуальных побуждений ( $r = 0,527$ ), повышение энергии и активности ( $r = 0,431$ ), отвлекаемость ( $r = -0,467$ ), употребление стимулирующих веществ ( $r = -0,467$ ), снижение потребности во сне ( $r = 0,408$ ), которые сходны с клиническими проявлениями гипоманиакального эпизода при биполярном расстройстве II типа.

Выявленные по шкале HAMD-17 у 34,8% ( $n = 45$ ) респондентов признаки легкой депрессии были представлены нарушениями сна ( $r = 0,693$ ), снижением работоспособности ( $r = 0,520$ ), депрессивным настроением ( $r = 0,579$ ), ипохондрией ( $r = 0,466$ ), общесоматическими симптомами ( $r = -0,508$ ), нарушением функции желудочно-кишечного тракта ( $r = 0,513$ ), не носили характер активных жалоб и не служили поводом для обращения за специализированной помощью.

Таким образом, в неклинической выборке среди колебаний настроения преобладали подъемы, которые субъективно не идентифицировались как болезненные симптомы и не выступали в качестве жалоб при клинико-психопатологическом исследовании. Сниженный фон настроения сочетался с общесоматическими симптомами, что может указывать на последующее формирование коморбидной патологии. Выявленные субсиндромальные признаки гипомании и депрессии в неклинической выборке при отсутствии активных жалоб и обращений за психиатрической помощью, представляют клиническую значимость как предикторы аффективной патологии биполярного спектра и требуют дальнейшего клинико-динамического наблюдения с целью ранней диагностики и своевременного терапевтического вмешательства.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Post R.M., Goldstein B.I., Birmaher B., Findling R.L., Frey B.N., DelBello M.P., Miklowitz D.J. Toward preven-

- tion of bipolar disorder in at-risk children: potential strategies ahead of the data. *J. Affect. Disord.* 2020; 272: 508–520. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.025.
2. Perlis R.H., Miyahara S., Marangell L.B., Wisniewski S.R., Ostacher M., DelBello M.P., Bowden C.L., Sachs G.S., Nierenberg A.A., STEP-BD Investigators. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol. Psychiatry.* 2004; 55 (9): 875–881. DOI: 10.1016/j.biopsych.2004.01.022.
  3. Correll C.U., Hauser M., Auther A.M., Cornblatt B.A. Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2010; 51 (4): 390–431. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02235.x.
  4. Fusar-Poli P., Bonoldi I., Yung A.R., Borgwardt S., Kemp-ton M.J., Valmaggia L., Barale F., Caverasi E., McGuire P. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2012; 69 (3): 220–229. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472.
  5. Luby J.L., Navsaria N. Pediatric bipolar disorder: evidence for prodromal states and early markers. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2010; 51 (4): 459–471. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02210.x.
  6. Skjelstad D.V., Malt U.F., Holte A. Symptoms and signs of the initial prodrome of bipolar disorder: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 2010; 126 (1-2): 1–13. DOI: 10.1016/j.jad.2009.10.003.
  7. Pavuluri M.N. Effects of early intervention on the course of bipolar disorder: theories and realities. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010; 12 (6):490–498. DOI: 10.1007/s11920-010-0155-1.
  8. McNamara R.K., Nandagopal J.J., Strakowski S.M., DelBello M.P. Preventative strategies for early-onset bipolar disorder: towards a clinical staging model. *CNS Drugs.* 2010; 24 (12): 983–996. DOI: 10.2165/11539700-000000000-00000.
  9. Leopold K., Ritter P., Correll C.U., Marx C., Özgürdal S., Juckel G., Bauer M., Pfennig A. Risk constellations prior to the development of bipolar disorders: rationale of a new risk assessment tool. *J. Affect. Disord.* 2012; 136 (3): 1000–1010. DOI: 10.1016/j.jad.2011.06.043.
  10. Brietzke E., Mansur R.B., Soczynska J.K., Kapczynski F., Bressan R.A., McIntyre R.S. Towards a multifactorial approach for prediction of bipolar disorder in at risk populations. *J. Affect. Disord.* 2012; 140 (1): 82–91. DOI: 10.1016/j.jad.2012.02.016.
  11. Correll C.U., Penzner J.B., Frederickson A.M., Richter J.J., Auther A.M., Smith C.W., Kane J.M., Cornblatt B.A. Differentiation in the preonset phases of schizophrenia and mood disorders: evidence in support of a bipolar mania prodrome. *Schizophr. Bull.* 2007; 33 (3): 703–714. DOI: 10.1093/schbul/sbm028.
  12. Post R.M., Altshuler L., Kupka R., McElroy S.L., Frye M.A., Rowe M., Grunze H., Suppes T., Keck P., Leverich G., Nolen W. More childhood onset bipolar disorder in the United States than Canada or Europe: implications for treatment and prevention. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2017; 74 (A): 204–213. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.01.022.
  13. Post R.M., Leverich G.S., Kupka R.W., Keck P.E. Jr., McElroy S.L., Altshuler L.L., Frye M.A., Luckenbaugh D.A., Rowe M., Grunze H., Suppes T., Nolen W.A. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *J. Clin. Psychiatry.* 2010; 71 (7): 864–872. DOI: 10.4088/JCP.08m04994yel.
  14. Akiskal H.S., Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1999; 22 (3): 517–534. DOI: 10.1016/s0193-953x(05)70093-9.
  15. Yong R.C., Klerman G.L. Mania in late life: focus on age at onset. *Am. J. Psychiatry.* 1992; 149 (7): 867–876. DOI: 10.1176/ajp.149.7.867.
  16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; 4<sup>th</sup> ed. Text revision (DSM-IV-TR). 2000: 943.
  17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5<sup>TM</sup>; 5<sup>th</sup> ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
  18. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S., Hyman S.E., Gureje O., Gaebel W. et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019; 18 (1): 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611.
  19. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации; под общ. ред. Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. М.: Минздрав России; 1998: 512.
  20. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). М.: Медицина, 1979: 608.
  21. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков; 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1983: 255.
  22. Merikangas K.R., He J.P., Burstein M., Swanson S.A., Avenevoli S., Cui L., Benjet C., Georgiades K., Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the national comorbidity survey replication–adolescent supplement (NCS-A). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2010; 49 (10): 990–989. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
  23. Wium-Andersen I.K., Vinberg M., Kessing L.V., McIntyre R.S. Personalized medicine in psychiatry. *Nord J. Psychiatry.* 2017; 71 (1): 12–19. DOI: 10.1080/08039488.2016.1216163.
  24. Goldstein B.I., Birmaher B., Carlson G.A., DelBello M.P., Findling R.L., Fristad M., Kowatch R.A., Miklowitz D.J., Nery F.G., Perez-Algorta G., Van Meter A., Zeni C.P., Correll C.U., Kim H.W., Wozniak J., Chang K.D., Hillegers M., Youngstrom E.A. The international society for bipolar disorders task force report on pediatric bipolar disorder: knowledge to date and directions for future research. *Bipolar Disord.* 2017; 19 (7): 524–543. DOI: 10.1111/bdi.12556.
  25. Bardenshteyn L.M., Slavgorodsky Y.M., Beglyankin N.I., Kekelidze D., Aleshkina G.A. Early recognition of bipolar depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology.* 2016; 19 (S1): 21–22. DOI: 10.1093/ijnp/pyw043.062.
  26. Baldessarini R.J., Tondo L., Visoli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr. Scand.* 2014; 129 (5): 383–392. DOI: 10.1111/acps.12204.
  27. Yildiz A., Nemeroff C., Ruiz P. (ed.). The bipolar book: history, neurobiology, and treatment. New York: Oxford University Press, 2015: 686.

28. Baldessarini R.J., Tondo L., Vázquez G.H. Unmet needs in psychiatry: bipolar depression. In: Pompili M., McIntyre R.S., Fiorillo A., Sartorius N. (ed.). *New directions in psychiatry*. New York: Springer Press, 2020.
29. Vöhringer P.A., Perlis R.H. Discriminating between bipolar disorder and major depressive disorder. *Psychiatr. Clin. N. Am.* 2016; 39 (1): 1–10. DOI: 10.1016/j.psc.2015.10.001.
30. Goldstein B.I., Blanco C., He J.P., Merikangas K. Correlates of overweight and obesity among adolescents with bipolar disorder in the national comorbidity survey-adolescent supplement (NCS-A). *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2016; 55 (12): 1020–1026. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.08.010.
31. Mota N.B., Copelli M., Ribeiro S. Computational tracking of mental health in youth: Latin American contributions to a low-cost and effective solution for early psychiatric diagnosis. *New Directions for Child and Adolescent Development.* 2016; 2016 (152): 59–69. DOI: 10.1002/cad.20159.
32. Jamison K.R. Suicide and Bipolar Disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2000; 61 (19): 47–51.
33. Vieira D.C., de Azevedo Cardoso T., Mondin T.C., Jansen K., da Silva R.A., de Mattos Souza L.D., Kapczinski F., Magalhães P.V.S. Mood disorders and prospective suicidality in young adults: a population-based cohort study. *Acta Psychiatr. Scand.* 2018; 137 (2): 109–115. DOI: 10.1111/acps.12846.
34. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry.* 1998; 59 (20): 22–33.
35. Angst J., Adolfsson R., Bennazzi F., Gamma A., Hantouche E., Meyer T.D., Skeppar P., Vieta E., Scott J. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J. Affect. Disord.* 2005; 88 (2): 217–233. DOI: 10.1016/j.jad.2005.05.011.
36. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostukova E.G., Shafarenko A.A., Alfimov P.V., Kostyukova A.B., Angst J. Validation of the Russian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the detection of bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression. *J. Affect. Disord.* 2014; 155: 90–95. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.029.
37. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 1967; 6 (4): 278–296. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x.
38. Angst J., Ajdacic-Gross V., Rössler W. Bipolar disorders in ICD-11: current status and strengths. *Int. J. Bipolar Disord.* 2020; 8 (1): 3. DOI: 10.1186/s40345-019-0165-9.
39. Frazier E.A., Hunt J.I., Hower H., Jones R.N., Birmaher B., Strober M., Goldstein B.I., Keller M.B., Goldstein T.R., Weinstock L.M., Dickstein D.P., Diler R.S., Ryan N.D., Gill M.K., Axelson D., Yen S., Loftus J., Scott J., Vorspan F., Icick R., Henry C., Gard S., Kahn J.P., Leboyer M., Bellivier F., Etain B. Psychiatric comorbidities in bipolar disorders: An examination of the prevalence and chronology of onset according to sex and bipolar subtype. *J. Affect. Disord.* 2020; 267: 258–263. DOI: 10.1016/j.jad.2020.02.035.
40. Crockett M.A., Martínez V., Jiménez-Molina Á. Subthreshold depression in adolescence: Gender differences in prevalence, clinical features, and associated factors. *J. Affect. Disord.* 2020; 272: 269–276. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.111.
41. Van Meter A.R., Moreira A.L., Youngstrom E.A. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2011; 72 (9): 1250–1256. DOI: 10.4088/JCP.10m06290.

## Сведения об авторах

**Осипова Наталья Николаевна**, канд. мед. наук, доцент, кафедра психиатрии и наркологии, Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, г. Москва. ORCID 0000-0002-8034-4457.

**Барденштейн Леонид Михайлович**, д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой психиатрии и наркологии, Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, г. Москва. ORCID 0000-0002-1171-5517.

**Алешкина Галина Андреевна**, д-р мед. наук, профессор, кафедра психиатрии и наркологии, Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, г. Москва. ORCID 0000-0001-7028-8669.

**Дмитриева Елена Владимировна**, ст. преподаватель, кафедра физики, математики и медицинской информатики, Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск. ORCID 0000-0003-0375-0870.

✉ **Осипова Наталья Николаевна**, e-mail: natinen@yandex.ru

Поступила в редакцию 18.12.2020

Подписана в печать 27.05.2021