

## Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы)

Г.Г. Симуткин

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Томск

**Резюме.** В обзоре рассмотрены эпидемиология, проблемы классификации и ранней диагностики расстройств биполярного спектра, особенности и эффективность шкал для скрининга биполярных расстройств: Mood Disorder Questionnaire—MDQ, The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale—BSDS, Hypomania Checklist-32—HCL-32.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, спектр биполярных расстройств, эпидемиология, классификация, гипомания, скрининг.

### Modern tools for screening of bipolar affective disorders (review)

G.G. Simutkin

Federal Budgetary State Institution «Mental Health Research Institute» Siberian Branch  
Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk

**Summary.** This review considers the epidemiology, classification and the difficulties of early diagnosis of bipolar disorders spectrum, characteristics and effectiveness scales for screening of bipolar disorders: Mood Disorder Questionnaire—MDQ, The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale—BSDS, Hypomania Checklist-32—HCL-32.

**Key words:** bipolar affective disorder, spectrum of bipolar disorders, epidemiology, classification, hypomania, screening.

Полученные в последние годы результаты крупных эпидемиологических исследований отражают тот факт, что биполярное аффективное расстройство (БАР)—далеко не редкое психическое расстройство. Американское национальное исследование коморбидности (n=9282) показало, что распространенность БАР на протяжении жизни и в течение последнего года составляет для БАР I и II типа—3,9 % и 2,6 % соответственно [32]. Согласно результатам Цюрихского исследования, распространенность аффективных расстройств (АР) из так называемого «мягкого биполярного спектра» (soft bipolar spectrum) составляет 23,7 %, где 11 %—собственно спектр биполярных расстройств, 13 %—вероятно, более мягкое выражение биполярности, своеобразное промежуточное звено между БАР и нормальным настроением [5]. Проблема своевременной диагностики БАР в настоящее время является весьма актуальной [1], по-прежнему сохраняют свою актуальность дальнейшие исследования в области разработки новых, улучшения и повышения эффективности имеющихся инструментов скрининга расстройств биполярного спектра [50].

#### Современные диагностические подходы к БАР

Накопление эпидемиологических, клинко-биологических данных в отношении БАР позволило выделить прежде всего два основных подтипа данного расстройства (БАР-I и БАР-II) [20].

Однако разнообразие клинических фенотипов БАР послужило причиной появления новых подходов к классификации эмпирически наблюдаемого спектра биполярных расстройств [2, 4, 53]. J. Angst предложил использовать для классификации АР двухмерную модель континуума настроения/аффективности, которая включает в себя континуум тяжести аффективных нарушений от нормы до психотических АР и континуум от депрессии через биполярные подгруппы к мании, что может облегчить проблему гиподиагностики и несвоевременной/неправильной терапии БАР [9]. По мнению отдельных исследователей, различие между БАР-II и БАР-I не является четким и к кругу расстройств биполярного спектра можно отнести БАР-I, БАР-II, циклотимию и БАР, не классифицированные иным образом (например, БАР с очень быстрыми циклами и рецидивирующие гипомании), гипомании, индуцированные приемом антидепрессанта/вещества (antidepressant/substance-associated hypomania или БАР-III), циклотимический темперамент, униполярную смешанную депрессию и часто повторяющуюся униполярную депрессию [11]. Хотя концепция расширенного биполярного спектра получила большое распространение в последние годы, нужно отметить, что эта область исследований остается спорной. По мнению R.J. Baldessarini, распространение расширенной дефиниции биполярности может привести к риску упрощения ядра концепции [10].

Учитывая имеющиеся проблемы в классификации БАР, целевая группа Международного общества по изучению биполярного расстройства (ISBD) предложила внести важные изменения в DSM-V: пересмотреть порядок диагностики униполярной и биполярной депрессии, дополнив поперечный анализ симптоматики критериями, основанными на вероятностном подходе. При дифференциальной диагностике биполярной и униполярной депрессии предлагается учитывать предикторы биполярности: увеличенную продолжительность сна и/или повышенный аппетит, психомоторную ретардацию, психотические симптомы в структуре депрессивного эпизода, лабильность настроения, ранний (ранее 20 лет) возраст манифестации, высокую (более 5 эпизодов) частоту рецидивов депрессии, короткую (менее 3 месяцев) длительность депрессивного эпизода или быстрый (менее чем через 2 недели) ответ на терапию антидепрессантами или инверсию фазы после приема психоактивных веществ, наличие БАР в семейном анамнезе. Кроме того, предлагается пересмотреть диагностические критерии гипомании: разрешить рассматривать гиперактивность в качестве альтернативы витально приподнятому настроению, снизить требования к минимально необходимой продолжительности расстройства при диагностике (до 2 дней), ввести категорию смешанной гипомании, разрешить диагностику мании/гипомании в случаях, когда манифестация этих состояний ассоциирована с предшествующим употреблением веществ или психоактивных препаратов; ввести диагностические критерии для разграничения смешанных эпизодов мании/гипомании с течением БАР со сверхбыстрой сменной фаз; ввести в систематику понятие преобладающей полярности как спецификатора варианта течения БПР; ввести новый спецификатор — БАР у детей и подростков, сформулировав для него специальные диагностические критерии, обеспечивающие его разграничение с расстройствами поведения и личности, с синдромом дефицита внимания/гиперактивности. При диагностике мании/гипомании у детей и подростков предлагается, в частности, разрешить в качестве альтернативы приподнятому настроению рассматривать гиперактивность и эйфорию, при диагностике депрессии/субдепрессии — раздражительность при условии наличия эпизодической флуктуации этих симптомов [24].

#### **Трудности ранней диагностики расстройств биполярного спектра**

Несмотря на достаточно высокий удельный вес БАР как в общей популяции, так и в клинических выборках, диагноз БАР нередко ставится достаточно поздно. Согласно отдельным исследованиям, до 40 % пациентов с БАР не квалифицируются как биполярные в начале АР и в 2/3 случаев правильный диагноз выставляется лишь спустя 10 лет [44]. Гиподиагностика БАР-II может достигать серьезного масштаба: так, среди амбулаторных больных депрессией один из двух, возможно,

страдает БАР-II [11]. J. Angst приводит данные, согласно которым при 20-летнем наблюдении за 406 пациентами с униполярной депрессией смена диагноза на БАР-I типа примерно составляла 1 % пациентов за год и на БАР-II типа — 0,5 % за год [7].

Причинами поздней диагностики расстройств биполярного спектра могут быть весьма разные факторы. Например, чаще всего БАР начинается с депрессивной фазы и формально, в соответствии с требованиями современных классификационных систем, диагноз БАР возможен только после появления гипомании, мании или смешанного эпизода. В литературе, посвященной проблеме своевременной диагностики БАР, мнения в отношении возможности трактовки уже первого депрессивного эпизода как биполярной депрессии при формальном отсутствии в анамнезе конкретного пациента гипоманиакального, маниакального или смешанного эпизода полярно разделились. Так, H. Grunze и соавт. считают, что в клиническом отношении биполярная депрессия практически не различима от униполярной депрессии [26]. Однако в недавнем руководстве международной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) по терапии биполярной депрессии признается, что в клинической картине биполярной депрессии можно выделить относительно специфические моменты [27]. Имеющиеся на сегодня данные ряда исследований подтверждают, что уже при первом или нескольких депрессивных эпизодах у конкретного пациента при определенной констелляции клинико-анамнестических, клинико-динамических и терапевтических переменных (*индикаторы биполярности при формальном наличии униполярной депрессии*) можно говорить о высокой вероятности БАР, что в конечном итоге отражается на стратегии предпринимаемого лечения в каждом конкретном случае [13, 45]. Примечательно, что самая сильная ассоциация с последующим появлением биполярности у пациентов с депрессией отмечается при наличии в истории их семьи БАР и при индуцировании гипомании на фоне терапии антидепрессантами, с прогнозирующей ценностью 94 % и 100 % соответственно [3].

Компромиссным вариантом к дискретному способу диагностики монополярной и биполярной депрессии является так называемый *вероятностный подход к диагностике БАР* [38], согласно которому в клинической практике возможна констатация *большой вероятности диагноза БАР-I* при наличии  $\geq 5$  следующих признаков: гипертония и/или увеличенная дремота в дневное время, гиперфагия и/или увеличение веса, другие «атипичные» депрессивные симптомы типа «свинцовый паралич», психомоторная ретардация, психотические симптомы и/или патологическая вина, неустойчивость настроения/маниакальные симптомы, раннее начало первой депрессии (<25 лет), многократные предшествующие эпизоды депрессии ( $\geq 5$  эпизодов), наличие в истории семьи случаев БАР. *Большая вероятность диагноза уни-*

полярной депрессии констатируется при наличии  $\geq 4$  следующих признаков: инициальная инсомния/уменьшенный сон, потеря аппетита и/или веса, нормальный или увеличенный уровень активности, соматические жалобы, более позднее начало первой депрессии (старше 25 лет), длинная продолжительность текущего эпизода ( $> 6$  месяцев), отсутствие в истории семьи случаев БАР.

S.N. Ghaemi и соавт. предлагают *эвристический подход к дефиниции расстройств биполярного спектра*, а в их диагностике придавать большее значение истории семьи и антидепрессант-индуцированным маниакальным симптомам [25]. Соответствующий диагноз может включать в себя все формы биполярных расстройств, а не только I или II типа. Предлагаемые S.N. Ghaemi и соавт. *диагностические критерии для расстройств биполярного спектра* выглядят следующим образом.

А. По крайней мере один большой депрессивный эпизод (БДЭ).

В. Нет непосредственных гипоманиакальных или маниакальных эпизодов по DSM-IV.

С. Любой из следующего плюс два из D или оба из следующего плюс один из D: родственник первой степени родства с биполярным расстройством; индуцированная приемом антидепрессантов мания или гипомания.

Д. Если ни один из С, по крайней мере, шесть из следующего: гипертимная личность; более трех депрессивных эпизодов; короткие БДЭ (продолжительностью меньше, чем 3 месяца); атипичные депрессивные симптомы; психотические БДЭ; ранний возраст к началу расстройства (возраст меньше, чем 25 лет); послеродовая депрессия; исчезновение эффективности антидепрессантов (острый, но не профилактический ответ); недостаточный ответ на лечение более чем двумя антидепрессантами.

Другим важным аспектом в проблеме ранней верификации расстройств биполярного спектра является *сложность диагностики гипомании* в повседневной клинической и амбулаторной психиатрической практике. Причинами этого, по мнению D.J. Smith и S.N. Ghaemi [45], также может быть целый комплекс факторов: доминирование депрессии при БАР-II, пациенты имеют тенденцию искать помощь только во время депрессивных эпизодов, врачи традиционно обучены диагностике БАР на основе выявления мании и могут быть невнимательны к более тонким клиническим переменным на фоне текущей депрессии; большинство клиницистов намного лучше оценивают депрессивные симптомы, чем гипоманиакальные; воспоминание пациентов в актуальной депрессии о предыдущих гипоманиакальных симптомах часто бедны; депрессивные когнитивные искажения также делают их воспоминания о гипомании менее вероятными; страдает понимание болезни; пациенты могут скрывать информацию о гипоманиакальных симптомах, например, из-за нежелания принимать нормотимики; недоучет важности объективной информации (привлечение род-

ственников увеличивает вероятность правильной диагностики БАР), высокая коморбидность: особенно с расстройствами личности, тревожными и аддиктивными нарушениями [35].

Дополнительные сложности в диагностике гипомании связаны с трудностями ее анамнестического выявления, нередко очень коротким временем ее длительности и временем наблюдения за соответствующими пациентами, пересмотром диагностических критериев гипомании [8]. Определенная трудность в верификации гипомании заключается в том, что для маниакальных и гипоманиакальных фаз при БАР в настоящее время более характерен дисфорический компонент, нежели так называемая «чистая» гипомания/мания [34]. Согласно мнению D.J. Smith и S.N. Ghaemi [45], ключевая оценка гипомании должна опираться не только на клинические особенности АР «на поперечнике», но и на лонгитудинальную историю и временной паттерн повторяющихся эпизодов расстройств настроения.

Учитывая обсуждаемые сложности в диагностике и раннем выявлении биполярных расстройств, В. Weber-Rouget и J.M. Aubry [50] считают оправданным использование в клинической практике инструментов, позволяющих быстро и экономически целесообразно идентифицировать расстройства биполярного спектра.

#### Психометрические инструменты для скрининга расстройств биполярного спектра

Большинство рейтинговых шкал (например, шкала депрессии Гамильтона — HDRS, шкала Монтгомери-Асберга — MADRS), измеряющих представленность и тяжесть симптомов текущей депрессии, не в состоянии экранировать некоторые ключевые симптомы биполярной депрессии: например, смешанные и атипичные симптомы [12]. Рутинная клиническая практика нуждается в наличии стандартизированных шкал для оценки симптоматики биполярной депрессии, в том числе скринингового характера [40].

Одним из таких скрининговых инструментов, позволяющих выявить у соответствующих пациентов наличие в анамнезе гипомании/мании, является *опросник расстройства настроения (Mood Disorder Questionnaire — MDQ)*, первично апробированный на выборке из 198 психиатрических амбулаторных больных [30]. MDQ, переведенный на 16 языков, позиционируется как опросник, способный хорошо экранировать БАР I и II типов. На сегодняшний день MDQ — один из наиболее изученных инструментов скрининга БАР, список публикаций, посвященных MDQ, насчитывает около 600 работ [31]. Структура MDQ состоит из трех разделов: первый раздел включает 13 вопросов, отражающих симптомы мании/гипомании по DSM-IV, во втором разделе выясняется, наблюдались ли описываемые симптомы одновременно, третий раздел отражает степень серьезности выявляемых проблем. Согласно рекомендациям R.M. Hirschfeld и соавт. [30] при применении MDQ вероятность наличия БАР высока,

если выполняются следующие условия: в первом разделе  $\geq 7$  вопросов — ответ «Да», во втором разделе — ответ «Да», в третьем разделе имеющиеся проблемы оцениваются как «умеренные» или «серьезные». При этом чувствительность (sensitivity) MDQ составляет  $0,73$ , а специфичность (specificity) —  $0,90$ ; другими словами, данный опросник способен идентифицировать семь случаев БАР из десяти человек, страдающих этим расстройством, и девять человек из десяти обследуемых, не страдающих БАР, идентифицировать как здоровых. Алгоритм экранирования БАР с помощью MDQ может надежно использоваться как в острой фазе, так и в стадии ремиссии депрессивного эпизода [22].

Возможности скрининга БАР с помощью MDQ были проверены в разных странах на самых различных выборках (общая популяция, общесоматическая сеть, пациенты, получающие специализированную стационарную и амбулаторную психиатрическую помощь). Одно из серьезных скрининговых исследований, в котором в качестве инструмента использовался MDQ, было проведено на достаточно большой выборке из *общей популяции населения* в США: 711 человек были случайно отобраны из группы 85 358 взрослых. Из них: 695 человек обследовали с помощью телефонного интервью (сокращенная версия Structured Clinical Interview for DSM-IV). Оказалось, что чувствительность MDQ составила  $0,281$ , а специфичность —  $0,972$ . Авторами исследования было сделано заключение, что MDQ — полезный инструмент экранирования для БАР I и II типов в общей популяции. Примечательно, что среди 85 358 человек, ответивших на MDQ, положительный скрининг в отношении БАР был в  $3,7\%$  случаев [29]. Недавнее исследование, проведенное в Гонконге (телефонный опрос случайной выборки из 1518 человек, средний возраст — 39,5 года), показало, что при использовании китайской версии MDQ 81 пациент ( $5,5\%$ ) соответствовал скрининговому порогу БАР в 7 баллов. Чувствительность китайской версии MDQ составила  $0,50$ , а специфичность —  $0,92$  [17]. Однако в ряде исследований было обнаружено, что при использовании MDQ в общей популяции и неклинических выборках его чувствительность к БАР-II была более чем в два раза ниже, чем к БАР-I [19, 37].

Большое значение имеет своевременное выявление расстройств биполярного спектра *среди пациентов врачей общей и семейной практики*. Скрининг среди 9000 амбулаторных пациентов (США) старше 18 лет, получавших лечение в течение года у *семейного врача*, показал, что среди пациентов ( $9,4\%$ ), получавших антидепрессант, в  $21,3\%$  с помощью MDQ было выявлено БАР; чувствительность и специфичность MDQ составили  $0,58$  и  $0,93$  соответственно [28]. Ряд других исследований подтвердил оправданность применения MDQ у *пациентов городской общеклинической практики* [39], в *первичной медицинской сети* [15].

Закономерными стали дальнейшие исследования с целью валидации различных национальных версий MDQ, проведенные в различных странах *на амбулаторных и клинических выборках депрессивных пациентов*. Исследование, проведенное в Гонконге, доказало, что MDQ — хороший инструмент для экранирования БАР у амбулаторных пациентов ( $n=185$ ), при этом чувствительность китайской версии MDQ составила  $0,73$ , а специфичность —  $0,88$  [16]. Чувствительность и специфичность турецкой версии MDQ ( $n=309$  амбулаторных психиатрических пациентов) составили  $0,64$  и  $0,77$  соответственно [33]. Основываясь на результатах использования MDQ (чувствительность  $72,7\%$  и специфичность  $82,9\%$ ) у *пациентов общепсихиатрического отделения*, которые расценивались врачами как устойчиво монополярные ( $n=87$ , БДЭ по DSM-IV-TR), С. De Dios с соавт. [18] считают, что MDQ — полезный инструмент в ежедневной клинической оценке депрессивных пациентов.

Согласно отдельным данным более оптимальным скрининговым порогом по MDQ (особенно для выявления БАР-II у амбулаторных пациентов с AP) может быть показатель 9 баллов или более по первому разделу опросника, при этом нет необходимости учитывать дополнительные вопросы из других разделов MDQ. Чувствительность MDQ в этом случае составила  $0,90$  и  $0,88$  для БАР-I и БАР-II соответственно, а специфичность —  $0,90$  [47].

В ходе ряда европейских исследований, проведенных на выборках амбулаторных пациентов с аффективными или «психиатрическими» расстройствами, было выявлено, что MDQ при высокой специфичности и хорошей чувствительности помогает лучше (как правило, почти в полтора — два раза) идентифицировать БАР-I, чем БАР-II [22, 49].

Учитывая высокий риск начала БАР в подростковом возрасте, трудности в диагностике БАР и циклотимии у подростков, а значит, и высокую вероятность позднего или неадекватного лечения AP биполярного спектра в данной когорте населения, наряду со стандартным вариантом MDQ была разработана *подростковая версия данного опросника* (the Mood Disorder Questionnaire-Adolescent Version — MDQ-A), которая рассчитана на подростков в возрасте 12–17 лет. Исследование, проведенное на амбулаторной психиатрической выборке подростков ( $n=104$ ), показало, что оптимальным вариантом является заполнение MDQ-A не самим подростком, а кем-то из его родителей (скрининговый порог — 5 баллов, чувствительность —  $0,72$ , специфичность —  $0,81$ ) [48].

Несмотря на многочисленные положительные отзывы исследователей о достаточно хороших возможностях экранирования расстройств биполярного спектра с помощью MDQ, в современной литературе, посвященной этому вопросу, можно встретить и совершенно другую точку зрения, согласно которой результативность MDQ не выглядит столь оптимистично [54]. Согласно обобщен-

ному анализу литературы [55] чувствительность MDQ в среднем составляет 61,3 %, а специфичность — 87,5 %, положительная и отрицательная прогностическая ценность — соответственно 58,0 % и 88,9 %. По сравнению с показателями эффективности MDQ при скрининге психиатрических амбулаторных больных, в случае использования данного опросника в общей популяции чувствительность и положительная прогностическая ценность MDQ значительно ниже, а специфичность и отрицательная прогностическая ценность более высокие. При этом чувствительность MDQ была выше в отношении БАР-I, чем БАР-II (66,3 % против 38,6 %). Исходя из текущих имеющихся фактических данных, авторы обсуждаемого обзора считают, что MDQ пока не может быть рекомендован для рутинного клинического использования из-за отсутствия исследований, которые бы сопоставили потенциальные преимущества применения MDQ (например, улучшение выявления расстройств биполярного спектра) и такие негативные моменты, как гипердиагностика БАР.

**Шкала диагностики биполярного спектра (The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, BSDS)** представляет собой описательную историю (впервые созданную Ronald'ом Pie's'ом), которая наряду с проявлениями депрессии учитывает и симптомы гипомании/мании. Если пациент соглашается с каким-либо предложением из предлагаемой истории, то это оценивается в 1 балл. Суммарный балл BSDS может быть в диапазоне от 0 до 25 (первая часть опросника включает 19 вопросов, во второй части пациент должен обозначить степень, в которой утверждения из первой части соответствуют личному опыту пациента: 0–6 баллов). После проведения цикла исследований по валидации данного опросника оказалось, что оптимальным скрининговым порогом является суммарный балл от 13 баллов. Чувствительность BSDS оценивается на уровне 0,76 (БАР-I и БАР-II/NOS — 0,75 и 0,79 соответственно), а специфичность — от 0,85 до 0,93. BSDS позволяет выявить не только случаи отчетливого биполярного расстройства, но и пациентов, которые попадают в регистр так называемых «расстройств мягкого биполярного спектра». В связи с тем, что у многих пациентов с БАР отмечается определенный недостаток понимания их собственной гипо/мании, с целью улучшения чувствительности MDQ или BSDS предлагается шире использовать объективную информацию от «другого важного информанта». При этом допустимой считается стратегия, когда «существенно значимых для пациента» людей можно попросить заполнить соответствующую шкалу вместо самого пациента с ремаркой: «Как если бы Вы были пациентом» [23].

**Опросник гипомании (Hypomania Checklist-32, HCL-32)** был предложен J. Angst и соавт. [6] и к настоящему времени переведен более чем на 20 языков. Согласно результатам проведенных исследований, HCL-32 может использоваться для идентификации потенциальных биполярных

случаев (особенно случаев БАР-II) в общей популяции, в общей и психиатрической практике, позволяет достаточно надежно различать БАР и большую депрессию, при этом чувствительность HCL-32 составляет 80,1 %, а специфичность — 51,4 %, положительная прогнозирующая ценность — 73 %, а отрицательная прогнозирующая ценность — 63 %. Считается, что HCL-32 является более подходящим инструментом экранирования БАР, чем MDQ, несмотря на его более низкую специфичность. Основной блок вопросов HCL-32 состоит из 32 пунктов и выявляет два основных компонента структуры гипомании: active/elated (сверхактивность, приподнятое настроение, улучшение когнитивной функции) и risk-taking/irritable (рискованное поведение, гнев/раздражительность и «полет идей»). Высокая вероятность БАР констатируется при суммарном балле 14 или более, и когда опрашиваемые дополнительно сообщают о любых отрицательных или смешанно отрицательно-положительных последствиях их «подъема» (например, в плане реакции других людей). Исследования с использованием HCL-32 позволили выявить стабильность и инвариантность большинства проявлений гипомании вне зависимости от культурной среды и географического региона (n=2381 пациент, Северная, Южная и Восточная Европа, Южная Америка и Восточная Азия). Однако некоторые клинические особенности гипомании, связанные с культуральным контекстом, все же были обнаружены: пациенты стран Северной Европы демонстрировали больше симптомов регистра «активация/приподнятость», включающего усиление энергетика, физической и социальной активности, самоуверенности и приподнятое настроение. У восточных европейцев чаще регистрировали симптомы регистра «раздражительность/принятие опасного поведения», такие как быстрое вождение транспортных средств, скачка мыслей, патологическая отвлекаемость, когнитивная фрагментация, раздражительность, нетерпимость, повышенное употребление психоактивных веществ. Отмечены некоторые гендерные особенности гипомании: женщины с гипоманией одевались более ярко и экстравагантно, но были менее эротичны и сексуально активны, чем мужчины [6].

В ряде стран (Германия, Швеция) HCL-32 был применен с целью выявления случаев БАР в общей популяции. Например, онлайн-опрос немецких студентов и служащих (n=695, 53,8 % — женщины, средний возраст — 29,2±8,8 года) показал, что при учете хронологического критерия диагностики гипомании (4 дня) положительный скрининг отмечался у 77 чел. (11,1 %); исследование, проведенное в Швеции (общая выборка, n=408, женщины — 48 %, средний возраст — 55,5±12,6 года; заполнение бумажного варианта HCL-32, хронологический критерий диагностики гипомании — 4 дня), обнаружило, что критериям положительного скрининга по HCL-32 соответствовали 4,7 % опрошенных, что подтверждает тезис, согласно которому HCL-32 может быть полезным как ин-

струмент экранирования БАР не только среди депрессивных амбулаторных больных, но и в неклинических выборках [36]. Результаты использования китайской версии HCL-32 в Гонконге [51] дали основание авторам данного исследования сделать вывод о возможности применения HCL-32 (чувствительность — 0,82; специфичность — 0,67), как и MDQ, в первичной сети, при этом при суммарном балле 21 была возможна сепарация БАР I и II типов (чувствительность — 0,64; специфичность — 0,73).

Недавние исследования [52], проведенные в Китае (БАР, n=300; униполярная большая депрессия, n=156; скрининговый порог — 13 баллов) подтвердили хорошие результаты в плане сепарации БАР-II и униполярной депрессии (чувствительность — 0,77, специфичность — 0,62), что оправдывает, по мнению авторов, использование HCL-32 для скрининга БАР-II среди пациентов психиатрической сети. Получены положительные данные, оправдывающие применение HCL-32 в клинических выборках [42], при этом было обнаружено, что HCL-32 более чувствителен в отношении БАР-II [14]. В последнее время появились работы, преследующие цель упростить HCL-32 для более широкого его применения в обычной клинической практике. Сокращенная версия (HCL-16) также позволяет надежно различать БАР и БДР с чувствительностью 83 % и специфичностью 71 % при положительной и отрицательной прогнозирующей ценности 69 % и 84 % соответственно, и может быть эффективным ин-

струментом экранирования БАР для применения в первичной медицинской сети [21].

С целью оптимизации скрининга расстройств биполярного спектра были предприняты попытки совместного использования в той или иной комбинации MDQ, BSDS и HCL-32. Главная цель такого подхода — повысить эффективность выявления не только отчетливых случаев БАР-I и БАР-II, но и других расстройств биполярного спектра. Хорошие результаты получены при сочетанном применении MDQ и HCL-32 [41, 44], BSDS и HCL-32 [46], а также BSDS и MDQ [43].

### Заключение

Имеющиеся проблемы ранней диагностики БАР обуславливают и трудности своевременной и адекватной терапии данных нарушений. В качестве стандартизированных инструментов, позволяющих облегчить выявление расстройств биполярного спектра, могут использоваться скрининговые шкалы, однако только тщательное комплексное клиническое обследование, а нередко и достаточно продолжительное динамическое наблюдение за соответствующим пациентом могут являться надежным основанием для верификации диагноза БАР. При наличии у соответствующего пациента маркеров высокого риска расстройства биполярного спектра в случае текущей «формально униполярной депрессии» оправдано сочетанное применение современных антидепрессантов с низким риском провоцирования инверсии депрессии и нормотимиков, а при необходимости и атипичных нейролептиков.

### Список литературы:

1. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение. Под ред. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпресс-информ, 2008.
2. Akiskal H., Pinto O. The evolving bipolar spectrum: prototypes I, II, III and IV. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22: 517–34.
3. Akiskal H.S., Walker P., Puzantian V.R. et al. Bipolar outcome in the course of depressive illness: phenomenologic, familial, and pharmacologic predictors. *J Affect Disord* 1983; 5(2): 115–28.
4. Akiskal H.S. The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. *Psychiatry Update: the American Psychiatric Association Annual Review* 1983; 2: 271–92.
5. Angst J., Gamma A., Bennazzi F. et al. Toward a redefinition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003; 73 (1–2): 133–46.
6. Angst J., Adolfsson R., Bennazzi F. et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord* 2005; 88 (2): 217–33.
7. Angst J., Sellaro R., Stassen H.H., 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): 149–57.
8. Angst J. Do many patients with depression suffer from bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 2006; 51: 3–5.
9. Angst J. The bipolar spectrum. *British J Psychiatry* 2007; 190 (3): 189–91.
10. Baldessarini R.J. A plea for the integrity of the bipolar disorder concept. *Bipolar Disord* 2000; 2 (1): 3–7.
11. Bennazzi F. Bipolar II disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2007; 21(9): 727–40.
12. Berk M., Malhi G.S., Cahill C. et al. The Bipolar Depression Rating Scale (BDRS): its development, validation and utility. *Bipol Disord* 2007; 9(6): 571–9.
13. Bowden C.L. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord* 2005; 84 (2–3): 117–25.
14. Carta M.G., Hardoy M.C., Cadeddu M. et al. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006; 2: 2.
15. Chiu J.F., Chokka P.R. Prevalence of Bipolar Disorder symptoms in Primary Care (ProBiD-PC): A Canadian study. *Can Fam Physician* 2011; 57 (2): e58 — e67.

16. Chung K.F., Tso K.C., Cheung E., Wong M. Validation of the Chinese version of the Mood Disorder Questionnaire in a psychiatric population in Hong Kong. *Hong Kong Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62 (4): 464–71.
17. Chung K.F., Tso K.C., Chung R.T. Validation of the Mood Disorder Questionnaire in the general population in Hong Kong. *Compr Psychiatry* 2009; 50 (5): 471–6.
18. De Dios C., Ezquiaga E., Garcia A. et al. Usefulness of the Spanish version of the mood disorder questionnaire for screening bipolar disorder in routine clinical practice in outpatients with major depression. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008; 22: 4–14.
19. Dodd S., Williams L.J., Jacka F.N. et al. Reliability of the Mood Disorder Questionnaire: comparison with the Structured Clinical Interview for the DSM-IV-TR in a population sample. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43 (6): 526–30.
20. Dunner D.L., Gershon E.S., Goodwin F.K. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry* 1976; 11 (1): 31–42.
21. Fortya L., Kellyb M., Jonesc L. et al. Reducing the Hypomania Checklist (HCL-32) to a 16-item version. *J Affect Disord* 2010; 124(3): 351–56.
22. Gervasoni N., Weber Rouget B., Miguez M. et al. Performance of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) according to bipolar subtype and symptom severity. *Eur Psychiatry* 2009; 24 (5): 341–4.
23. Ghaemi S. N., Miller C.J., Berv D.A. et al. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *Affect Disord* 2005; 84(2-3): 273–77.
24. Ghaemi S.N., Bauer M., Cassidy F. et al. Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. *Bipolar Disorders* 2008; 10 (1-2): 117–28.
25. Ghaemi S.N., Ko J.Y., Goodwin F.K. The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract* 2001; 7 (5): 287–97.
26. Grunze H., Kasper S., Goodwin G. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders. Part I: Treatment of Bipolar Depression. *World J Biol Psychiatry* 2002; 3: 115–24.
27. Grunze H., Vieta E., Goodwin G. et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. *World J Biological Psychiatry* 2010; 11: 81–109.
28. Hirschfeld R.M., Cass A.R., Holt D.C., Carlson C.A. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18(4): 233–9.
29. Hirschfeld R.M., Holzer C., Calabrese J.R. et al. Validity of the Mood Disorder Questionnaire: A General Population Study. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (1): 178–80.
30. Hirschfeld R.M., Williams J.B.W., Spitzer R.L. et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (11): 1873–75.
31. Hirschfeld R.M. The mood disorder questionnaire: its impact on the field. *Depress Anxiety* 2010; 27(7): 627–30.
32. Kessler R.C., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime Prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 593–602.
33. Konuk N., Kiran S., Tamam L. et al. Validation of the Turkish Version of the Mood Disorder Questionnaire for Screening Bipolar Disorders. *Turkish Journal of Psychiatry* 2007; 18 (2): 147–54.
34. Kupka R.W., Luckenbaugh D.A., Post R.M. et al. Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1273–80.
35. McElroy S.L. Diagnosing and treating comorbid (complicated) bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 (suppl. 15): 35–44.
36. Meyer T.D., Hammelstein P., Nilsson L.G. et al. The HCL-32: its factorial structure and associations with signs of impairment in a non-clinical German and Swedish sample. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48(1): 79–87.
37. Miller C.J., Klugman J., Berv D.A. et al. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004; 81(2): 167–71.
38. Mitchell P.B., Goodwin G.M., Johnson G.F., Hirschfeld R.M. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar Disord* 2008; 10: 144–52.
39. Olfson M., Das A.K., Gameroff M.J. et al. Bipolar depression in a low-income primary care clinic. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (11): 2146–51.
40. Picardi A. Rating scales in bipolar disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 2009; 22 (1): 42–9.
41. Rybakowski J.K., Dudek D., Pawlowski T. et al. Use of the Hypomania Checklist-32 and the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolarity in 1051 patients with major depressive disorder. *Eur Psychiatry* 2011; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21316202>.
42. Sánchez-Moreno J., Vieta E., Lahuerta J. et al. Desarrollo y validación de un instrumento para la detección hipomanía: el “Hypomania checklist” (HCL-32). *Actas Esp Psychiatry* 2005: 134.
43. Shabani A., Koohi-Habibi L., Nojomi M. et al. The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and Mood Disorder Questionnaire in Screening the Patients with Bipolar Disorder. *Arch Iranian Med* 2009; 12 (1): 41–7.
44. Siwek M., Dudek D., Rybakowski J. et al. Mood Disorder Questionnaire—characteristic and indications. *Psychiatr Pol* 2009; 43(3): 287–99.
45. Smith D.J., Ghaemi S.N. Hypomania in clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 2006; 12: 110–120.

46. Smith D.J., Griffiths E. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *Br J Psychiatry* 2011; 199(1): 49–56.
47. Twiss J., Jones S., Anderson I. Validation of the Mood Disorder Questionnaire for screening for bipolar disorder in a UK sample. *J Affect Disord* 2008; 110 (1-2): 180–4.
48. Wagner K.D., Hirschfeld R.M., Emslie G.J. et al. Validation of the Mood Disorder Questionnaire for bipolar disorders in adolescents. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(5): 827–30.
49. Weber Rouget B., Gervasoni N., Dubuis V. et al. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *J Affect Disord* 2005; 88 (1): 103–8.
50. Weber-Rouget B., Aubry J.M. Screening for bipolar disorders: a review of the literature. *Encephale* 2009; 35(6): 570–76.
51. Wua Y.S., Angst J., Oua C.S. et al. Validation of the Chinese version of the Hypomania Checklist (HCL-32) as an instrument for detecting hypo(mania) in patients with mood disorders. *J Aff Disord* 2008; 106 (1): 133–43.
52. Yang H.C., Yuan C.M., Liu T.B. et al. Validity of the 32-item Hypomania Checklist (HCL-32) in a clinical sample with mood disorders in China. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 84.
53. Young R.C., Klerman C.L. Mania in late life: focus on age at onset. *Am J Psychiatry* 1992; 149 (7): 867–76.
54. Zimmerman M., Galione J.N., Ruggero C.J. et al. Are screening scales for bipolar disorder good enough to be used in clinical practice? *Compr Psychiatry* 2011; 52 (6): 600–6.
55. Zimmerman M., Galione J.N. Screening for bipolar disorder with the mood disorders questionnaire: a review. *Harv Rev Psychiatry* 2011; 19 (5): 219–28.

**Сведения об авторе**

**Симуткин Герман Геннадьевич** — доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск. E-mail: simutkin@pochta.ru