

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО РАСПОЗНАВАНИЯ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА II ТИПА

Малай Анастасия Анатольевна

студент, Приднестровский Государственный университет им. Т. Г. Шевченко им. Т.Г.
Шевченко, Молдова, г. Тирасполь

FEATURES OF DIAGNOSIS OF EARLY RECOGNITION OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER TYPE II

Anastasia Malai

Student of the Shevchenko State University. Faculty of Medicine, Moldova, Tiraspol

Мы подвергаемся действию психических микробов и находимся в опасности быть психически
зараженными.

V.M. Bekhterev

We are exposed to mental microbes and are in danger of being mentally infected.

V.M. Bekhterev

Аннотация. Термин «биполярное аффективное расстройство» (БАР) является официальным заболеванием, вошедшим в практику отечественных психиатров вместе с МКБ-10. В данной статье приведены результаты исследования, которые показывают проявление расстройств биполярного спектра у больных в возрасте 18-25 лет. Рассмотрены диагностические критерии, а также клинические проявления, вместе с психологическими и социальными аспектами биполярного аффективного расстройства II типа и возможности его терапии. Результаты показали выявление умеренных корреляционных зависимостей между особенностями личности (шкалы «Ра» – паранойяльности, «Д» – депрессии, «Ма» – гипомании) и склонностью к развитию аффективной патологии биполярного спектра.

Abstract. The term "bipolar affective disorder" (BAD) is an official disease that has entered the practice of Russian psychiatrists together with ICD-10. This article presents the results of a study that show the manifestation of bipolar spectrum disorders in patients aged 18-25 years. Diagnostic criteria as well as clinical manifestations are considered, along with psychological and social aspects of bipolar disorder Type II and the possibility of its therapy. The results showed the identification of moderate correlations between personality traits (scale "Ra" - paranoia, "D" - depression, "Ma" - hypomania) and a tendency to develop affective pathology of the bipolar spectrum.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство II типа, преморбидные особенности личности, скрининговый инструмент, персонализированная психиатрия, опросник, ранняя диагностика.

Keywords: bipolar II disorder, premorbid personality traits, screening instrument, personalized psychiatry, questionnaire, early diagnosis.

Введение. В последние десятилетия все большую популярность приобретает концепция расстройств биполярного спектра, что связано как с анализом накопленного клинического материала, так и с успехами биологических исследований. Сложно определить процент распространенности заболевания в обществе, что связано с неоднозначностью диагностики расстройства, но считается, что, в среднем, расстройством страдает 1% населения Земли. Что касается возрастной тенденции, то примерно половина случаев болезни приходится на диапазон 25–45 лет. Формы с обеими фазами чаще возникают до 25 лет, с одной – после 30. Важность диагностики и терапии БАР обусловлена широкой распространенностью данной патологии среди населения развитых стран, но и стойкой утратой работоспособности по причине униполярной или биполярной депрессии (WHO, 2004). На современном этапе происходит расширение представлений БАР от состояний, характеризующихся только изменением депрессивной и маниакальной фаз к более объёмному пониманию данной патологии. Многие проявления БАР остаются до конца не изученными, что приводит к ошибкам в диагностике и назначении неэффективного лечения. Типология клинических вариантов биполярного расстройства включает значительно большее, чем представлено в международных классификациях болезней, количество вариантов. Особенности клинических проявлений, динамики симптомов, их специфичности при БАР II требуют дальнейшего изучения

Целью работы явилось изучение факторов риска и возможностей ранней диагностики биполярного аффективного расстройства II типа.

Методика и материалы. Была проведена диагностика 100 студентов медицинского факультета, студенты 1-6 курсов в возраст 18-23 лет. Для данной диагностики были использованы психодиагностические и скрининговые методики: 1. Диагностическая шкала расстройств биполярного спектра (BSDS), 2. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), 3. Вопросник расстройства настроения (MDQ). 4. диагностический опросник по биполярному расстройству (HCL-32). Для обработки данных использованы методы описательной статистики. Выборочные характеристики представлены в виде средней $\pm$ стандартная ошибка средней. Различия между шкалами по профилю личности выявлялись с использованием критерия Манна-Уитни. Связь признаков оценивали по коэффициенту ранговой корреляции r по Спирману. Достоверность регрессионной модели проведена с использованием коэффициента Фишера. Статистически значимыми различия признавались при вероятности $>95\%$ ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. С целью выявления факторов риска развития аффективной патологии биполярного спектра было проведено клинико-психологическое исследование студентов медицинского факультета ($n=100$). Среди студентов 36% мужского пола, 64% - женского. Средний возраст по выборке составляет 20,5 лет. Средний возраст на мужской и женской выборке статистически достоверно не различался ($p > 0,05$). Результаты изучения личности студентов по методике 2. *Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности* выявили превышение отдельных характерологических типов, соответствующие по степени выраженности акцентуациям характера и не достигающие степени патологических значений

Таблица 1.

Результаты изучения профилей личности студентов

N=100	СРЕДНИЙ БАЛЛ ПО ШКАЛЕ	ДОВЕРИТЕЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ	p
-------	-----------------------	------------------------	---

ШКАЛА			
<i>ипохондри</i>	47,56±0,73	47,06;50,01	0,014
<i>депрессии</i>	46,06±1,06	43,97;48,14	0,020
<i>истерии</i>	47,27±1,03	46,2;50,33	0,020
<i>психопатии</i>	42,87±1,26	40,35;45,4	0,02
<i>паранойальности</i>	47,04±1,03	44,95;50,09	0,020
<i>психастении</i>	49,41±1,18	47,03;51,79	0,023
<i>шизоидности</i>	48,04±1,09	46,86;51,1	0,021
<i>гипомании</i>	50,85±1,04	48,73;52,95	0,020

В результате изучения различий между шкалами, выявлено статистически значимое преобладание значений по шкале гипомании над всеми остальными шкалами, что демонстрирует о тенденции к приподнятому настроению, активности, деятельности, энергичности, общительности, а также повышенной отвлекаемости, эмоциональном возбуждении, склонности к раздражительности. Повышение показателей по шкале гипомании соответствуют со статистически значимым понижением по шкале психопатии, что может свидетельствовать не в пользу характерологических особенностей личности по гипоманиакальному типу, а склонности к аффективным колебаниям

Следующим этап исследования подразумевал изучение склонности к аффективной патологии биполярного спектра по скрининговым шкалам. В табл.№2 видны превышения скрининговых порогов, которые выявлены по шкалам опросника расстройства настроения со средним баллом по шкале 7,73±0,32, доверительный интервал 7,07;8,40, что может свидетельствовать о склонности к гипомании. Диагностический опросник по биполярному расстройству выявил повышение биполярного индекса 15,81±0,48, доверительный интервал 14,82;16,79, что также является доказательством тенденции к аффективным колебаниям.

Таблица 2.

**Результаты изучения склонности к биполярному аффективному расстройству
(по результатам скрининговых шкал)**

n= 100 Шкала	Средний балл по шкале	Доверительный интервал	
диагностическая шкала расстройств биполярного спектра(BSDS)	7,38±0,44	6,49;8,26	
вопросник расстройства настроения (MDQ)	7,73±0,32	7,07;8,40	
диагностический опросник по биполярному расстройству(HCL-32)	15,81±0,48	14,82;16,79	

Полученные результаты согласуются с отечественными, а также международными исследованиями в этой области, из которых мы можем увидеть, что преобладание депрессивной симптоматики при БАР II является следствием гипертимического и циклоидного темпераментов, а БАР I – дистимического и циклоидного типов. Можно отметить, что по данным И.А. Зражевской (2010) у 92% при общей выборке более 400 пациентов с БАР было выявлено наличие преморбидных особенностей значимо чаще в виде пограничного (не достигающего степени расстройства личности, но соответствующего его описанию), притом у женщин преобладание пограничного типа, а у мужчин – импульсивного. В свою очередь, Н.С. Akiskal et al. (2006) указали, что экстраверсия и склонность к выражению позитивных эмоций, значительный уровень нейротизма в преморбиде также характерны для пациентов с БАР II . Кроме того, этим же ученым была предложена схема, в которой

«аффективные личностные черты» рассматривались как «расстройства темперамента», выступающие в качестве факторов биологического риска по клиническим формам аффективных расстройств. Подводя итоги, хочу сказать, что клиническая картина БАР может отражать характерологические и темпераментальные профили пациентов, это должно учитываться как в процессе ранней диагностики БАР II, так и лечения, что будет соответствовать аспектам персонализированной психиатрии.

Заключение. Таким образом, рассматривая диагностику преморбидных специфичностей личности в сочетании с использованием скрининговых методов, способствовала выявлению умеренных корреляционных зависимостей между паранойяльными чертами личности и склонностью к аффективной патологии биполярного спектра, что на мой взгляд связано со склонностью к «застреванию» аффекта, ригидностью эмоциональной сферы, продолжающейся фиксацией на негативных переживаниях. Использование скрининговых опросников, структурированных диагностических интервью и квантифицированных оценочных шкал может служить дополнительным вспомогательным инструментом, позволяющим быстро определить тактику и стратегию диагностического поиска, не подменяя критерии официально принятых диагностических систем для раннего выявления биполярного аффективного расстройства, особенно гипоманиакальных фаз при БАР 2 типа. Повышенные показатели по шкале гипомании, находящиеся в прямой зависимости со значениями по шкалам MDQ и HCL-32, требуют дополнительного внимания с целью дифференциальной диагностики с гипоманиакальными фазами биполярного аффективного расстройства.

Список литературы:

1. Зражевская И.М. «Биполярное аффективное расстройство (клинико-динамические, клинико-прогностические закономерности и аспекты психофармакотерапии)» Томск, 2010. – 39 с.
2. Барденштейн Л.М. «Биполярное аффективное расстройство». Российский медицинский журнал. – 2009. – №2. – С. 50-52.
3. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. «Принципы и инструменты диагностики биполярного аффективного расстройства как основа рациональной фармакотерапии». Современная терапия психических расстройств. – 2015. – №2. – С. 2-11
4. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th version) // Washington: American Psychiatric Association. – 2013.
5. «Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и лечение». Под ред. С.Н. Мосолова. — М.: Медпресс-информ, 2008.