

Биполярные расстройства I и II типа: проявления единой болезни или две независимых нозологии?

Касьянов Е.Д., Яковлева Я.В., Щепкин Е.С., Мазо Г.Э.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Цель — сравнить пациентов с биполярным расстройством I типа и II типа по социо-демографическим характеристикам, структуре депрессивных и гипо-/маниакальных эпизодов, а также по паттернам наличия сопутствующих психических расстройств.

Материалы и методы: в данное мультицентровое кросс-секционное исследование было включено 173 пациента с биполярным расстройством, из них с I типом — 46.8% (n=81). Участники исследования самостоятельно заполняли Компьютеризированный структурированный опросник для скрининга аффективных расстройств, где фиксировали симптомы депрессии и гипо-/мании. После этого участники проходили структурированное интервью с исследователем для верификации диагноза и выявления сопутствующих психических расстройств. Анализ производился в RStudio версии 4.4.0 с использованием стандартного пакета R и пакета “psych”.

Результаты: у пациентов с биполярным расстройством I типа и II типа не было выявлено значимых различий по возрасту, полу и уровню образования, а также частоте сопутствующих психических расстройств. У пациентов с биполярным расстройством I типа значимо чаще встречались такие симптомы депрессии, как психомоторная заторможенность и мысли о самоповреждениях или смерти, а у пациентов с биполярным расстройством II типа — симптомы анергии. Кроме того, у пациентов с биполярным расстройством I типа, в сравнении с пациентами с биполярным расстройством II типа, значимо чаще встречались все симптомы мании, за исключением гипертимии и повышенной разговорчивости. Тем не менее, классификация биполярного расстройства I типа и II типа на основе кластерного анализа по всем симптомам депрессии и гипо-/мании имела чувствительность = 77.92% и специфичность = 56.63%.

Заключение: не существует симптомов депрессии и гипо-/мании, патогномичных только биполярному расстройству I типа или II типа. Несмотря на некоторые значимые различия, классификация на основе кластеризации имеет умеренную чувствительность и низкую специфичность. Таким образом, единое биполярное расстройство не может быть разделено на две независимые нозологии только лишь на основе структуры эпизодов настроения.

Ключевые слова: биполярное расстройство, классификация, депрессия, гипомания, мания

Информация об авторах:

Касьянов Евгений Дмитриевич* — e-mail: i@kasyan.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Яковлева Яна Викторовна — e-mail: yanakov97@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2526-0530>

Щепкин Егор Сергеевич — e-mail: shchepkin.egor@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0003-7933-0933>

Мазо Галина Элвна — e-mail: galina-mazo@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>

Как цитировать: Касьянов Е.Д., Яковлева Я.В., Щепкин Е.С., Мазо Г.Э. Биполярные расстройства I и II типа: проявления единой болезни или две независимых нозологии? *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2025; 59:3:80-89. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-3-1053>

Конфликт интересов: Г.Э. Мазо является членом редакционной коллегии.

Финансирование: исследование выполнено за счет гранта РФФИ No 23-25-00379



Bipolar type I and II disorders: manifestations of a single disease or two independent nosologies?

Evgeny D. Kasyanov, Yana V. Yakovleva, Egor S. Shchepkin, Galina E. Mazo
V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia

Research article

Summary. The aim is to compare patients with bipolar type I and II disorders according to socio-demographic characteristics, the structure of depressive and hypo-/manic episodes, as well as patterns of concomitant mental disorders.

Materials and methods: 173 patients with bipolar disorder were included in this multicenter cross-sectional study, 46.8% of them with type I (n=81). The study participants independently filled out a computerized structured questionnaire for screening for affective disorders, where symptoms of depression and hypo-/mania were recorded. After that, the participants underwent a structured interview with a researcher to verify the diagnosis and identify concomitant mental disorders. The analysis was performed in RStudio version 4.4.0 using the standard R package and the «psych» package.

Results: In patients with bipolar type I and II disorders, there were no significant differences in age, sex, and level of education, as well as the frequency of concomitant mental disorders. Patients with bipolar type I disorder were significantly more likely to have symptoms of depression such as psychomotor retardation and thoughts of self-harm or death, and patients with bipolar type II disorder had symptoms of decreased energy levels. In addition, patients with bipolar type I disorder, compared with patients with bipolar type II disorder, were significantly more likely to have all the symptoms of mania, with the exception of hyperthymia and increased talkativeness. Nevertheless, the classification of bipolar type I and II disorders based on cluster analysis for all symptoms of depression and hypo-/mania had sensitivity = 77.92% and specificity = 56.63%.

Conclusion: There are no symptoms of depression and hypo-/mania that are pathognomonic only to type I or type II bipolar disorder. Despite some significant differences, clustering-based classification has moderate sensitivity and low specificity. Thus, a single bipolar disorder cannot be divided into two independent nosologies based solely on the structure of mood episodes.

Keywords: bipolar disorder, classification, depression, hypomania, mania

Information about the authors:

Evgeny D. Kasyanov* — e-mail: i@kasyan.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Yana V. Yakovleva — e-mail: yanakov97@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2526-0530>

Egor S. Shchepkin — e-mail: shchepkin.egor@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0003-7933-0933>

Galina E. Mazo — e-mail: galina-mazo@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>

To cite this article: Kasyanov ED, Yakovleva YaV, Shchepkin ES, Maso GE. Bipolar type I and II disorders: manifestations of a single disease or two independent nosologies? *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2025; 59:3:80-89. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-3-1053>. (In Russ.)

Conflict of interest: Galina E. Mazo is a member of the editorial board

Financing: The study was supported by RSF grant № 23-25-00379

Биполярное расстройство II типа было официально признано независимым психическим расстройством в 1994 году в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM) IV пересмотра [5]. В Международной классификации болезней (МКБ) биполярное расстройство II типа официально появилось только в 11 пересмотре в 2022 году, спустя 44 года от первого упоминания термина и 28 лет от включения в диагностические критерии DSM-IV [7, 17, 19]. Примечательно и то, что понятие гипомании значительно старше концепции биполярного расстройства II типа, «ядром» которого она является. Так, первое описание гипомании было сделано Эрихом Менделем ещё в 1881 году [16]. Гипомания также упоминалась Эмилем Крепелином при описании маниакально-депрессивного заболевания [14]. Тем не менее, несмотря

на более чем столетнюю историю наблюдений, ни в DSM-III в 1980 году, ни в МКБ-10 в 1994 году гипомания не была учтена при разделении маниакально-депрессивного заболевания¹ на биполяр-

¹ В данной статье мы используем термины, которые официально зафиксированы в диагностических руководствах или психиатрических классификациях. Например, маниакально-депрессивное заболевание (manic-depressive illness) не может быть «расстройством» (disorder), поскольку этот термин был введён в DSM-III и МКБ-10 уже после разделения маниакально-депрессивного заболевания на биполярное расстройство и большое депрессивное расстройство (депрессивный эпизод/рекуррентное депрессивное расстройство). Термины «независимая нозология/нозологическая единица» относятся к расстройству или заболеванию как к части классификации. В более узком смысле «нозологическая единица» означает диагноз или заболевание, выделенное в отдельную категорию в соответствии с клинико-диагностическими критериями

ное расстройство и монополярную депрессию. Результатом этого стало появление необычайно широкой концепции монополярной депрессии и узкой концепции биполярного расстройства, очерченной только чистой манией [12].

Стоит отдельно подчеркнуть, что в текущих DSM-5 и МКБ-11 биполярное расстройство II типа позиционируется как независимая нозологическая единица, а не просто как подтип биполярного расстройства. Такой подход часто оспаривается в современной литературе сторонниками единого биполярного расстройства, которые называют сложившуюся ситуацию “экзистенциальным кризисом биполярного расстройства II типа” [13]. Тем не менее разработка концепции биполярного расстройства II типа в 1980-х и 1990-х годах была логичным и прагматичным шагом, обусловленным ограниченной клинической информацией и “жестким” разделением маниакально-депрессивного заболевания в DSM-III [11]. В результате такого деления на протяжении десятилетий пациенты с повторяющимися эпизодами депрессий и гипоманий, но без выраженных маний, формально не получали базисную терапию стабилизаторами настроения и антипсихотиками ввиду того, что имели диагноз монополярной депрессии. В настоящее время состояние таких пациентов отвечало бы критериям биполярного расстройства II типа, что определяло бы выбор иных терапевтических подходов.

Решение этой проблемы могло бы состоять в расширении диагностических критериев для маний и смешанных состояний, но члены рабочей группы по систематике расстройств настроения в DSM и МКБ пошли по пути разработки практической модели биполярного расстройства II типа, которая, по задумке создателей, уточнялась бы по мере появления новых научных доказательств. Однако, после более чем четырёх десятилетий по-прежнему нет однозначных доказательств в поддержку разделения биполярного расстройства на I и II типы [15]. Примечательно и то, что у 5-7.5% взрослых и у 20-25% детей и подростков биполярное расстройство I типа переходит в биполярное расстройство II типа [4]. При этом современные классификации не подразумевают обратный переход биполярного расстройства I типа в биполярное расстройство II типа, даже у человека с историей единственного эпизода мании, чьё клиническое течение в последние годы характеризуется только повторяющимися эпизодами депрессий и гипоманий.

Таким образом, на основе имеющихся данных мы сформулировали гипотезу, согласно которой биполярное расстройство I типа и биполярное расстройство II типа представляют собой единое состояние, которое не может быть разделено на две независимые нозологии только лишь на основе структуры эпизодов настроения. На основе данной гипотезы мы сформулировали цель исследования: сравнить пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа по социо-демографическим характеристи-

кам, структуре депрессивных и гипо-/маниакальных эпизодов, а также по паттернам наличия сопутствующих психических расстройств.

Материалы и методы

Данное мультицентровое кросс-секционное исследование проводилось на базах ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ФГБОУ ВО СПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, а также ФГБОУ ВО СПбГУ. Приведённая работа является частью исследования по клинической валидации Компьютеризованного структурированного опросника для скрининга аффективных расстройств в Российской популяции [1], по которому ранее уже публиковались исследования с описанием материалов и методов [2, 3]. Данное научное исследование было одобрено Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (№ ЭК-2302). Все участники были набраны в период с 2021 по 2023 гг. Анализ данных проводился в 2024 г.

Описание дизайна исследования. Пациенты были отобраны путем изучения историй болезни и методом клинического наблюдения как в стационарной, так и в амбулаторной сетях. Участники исследования самостоятельно заполняли электронную карту исследования с социо-демографическими характеристиками и Компьютеризованный структурированный опросник для скрининга аффективных расстройств, где фиксировали симптомы депрессии и мании на основе анализа клинического течения с момента дебюта расстройства настроения. После этого участники проходили структурированное интервью по Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) с исследователем для верификации клинического диагноза и выявления сопутствующих психических расстройств в течение жизни.

Критерии включения: лица мужского и женского пола европейского происхождения в возрасте от 18 лет включительно, владеющие русским языком; участник исследования должен понимать суть исследования и подписать информированное добровольное согласие на включение в исследование, являться благонадежным и готовым выполнять все процедуры исследования; наличие диагноза, верифицированного по MINI и соответствующего диагностическим критериям Международной классификации болезней (МКБ) 10 пересмотра для биполярного расстройства (F31) вне зависимости от стадии обострения или ремиссии.

Критерии невключения: сопутствующий психический диагноз, соответствующий критериям МКБ-10 в рубриках F00-09 и F20-29, а также тяжелые заболевания в фазе обострения, включая сердечно-сосудистые, неврологические, эндокринные, гематологические заболевания, заболевания печени, почек, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, заболевания щитовидной железы в стадии декомпенсации.

Критерии исключения: отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании или решение

врача исключить пациента в связи с тем, что он открыто проявляет агрессивное поведение или представляет угрозу жизни себе и окружающим.

На основании диагностических критериев MINI проводилась оценка и фиксация всех сопутствующих психических расстройств, таких как генерализованное тревожное расстройство (ГТР), обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), паническое расстройство (ПР), социальное тревожное расстройство (СТР), агорафобия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), аддикции, а также расстройство пищевого поведения (РПП), такие как нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ) и приступообразное переедание (ПП). ГТР и все варианты РПП дополнительно оценивались ретроспективно в течение жизни, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Данные о симптомах депрессивных эпизодов (гипотимии, ангедонии, анергии, пониженном и повышенном аппетите, инсомнии, гиперсомнии, психомоторной заторможенности, «свинцовом параличе», идеях вины, нарушениях внимания, мыслях о самоповреждениях или смерти и раздражительности), а также о симптомах гипо-/маниакального эпизода (гипертимия, раздражительность, повышенная самооценка, повышенная разговорчивость, сниженная потребность во сне, ускоренные мысли, повышенная отвлекаемость, повышенная моторная активность, рискованное поведение) были собраны путем заполнения Компьютеризованного структурированного опросника для скрининга аффективных расстройств. В электронной карте исследования самим пациентом фиксировались следующие переменные: пол, возраст, уровень образования, вес, рост, наличие родственников первой линии родства с расстройствами настроения и принимаемая терапия на текущий момент.

Статистический анализ. Анализ производился в RStudio версии 4.4.0 с использованием стандартного пакета R и пакета "psych". В качестве мер центральной тенденции использовались арифметическая средняя и стандартное отклонение — $M(\sigma)$, а также медиана и межквартильный размах — Md (IQR). Категориальные переменные описывались процентными долями с приведением абсолютных чисел — % (n). Для анализа количественных переменных использовался непараметрический критерий Манна-Уитни для попарных сравнений. Для анализа категориальных переменных использовался точный критерий Фишера, f в случае анализа категориальных переменных с >2 вариантами — критерий χ^2 Пирсона.

При изучении структуры депрессивных и маниакальных эпизодов, а также сопутствующих психических расстройств в данной исследовательской работе был применен метод бинарной логистической регрессии для анализа влияния вышеописанных предикторов на зависимую бинарную переменную — I или II тип биполярного расстройства. Дополнительно в каждую модель логистической регрессии мы вводили пол и возраст в качестве ковариат для исключения влияния

данных переменных на ассоциацию изучаемых предикторов с зависимой переменной. В качестве критического уровня значимости (p -value), при котором отвергалась нулевая гипотеза, было выбрано значение 0.05. Значение $0.05 < p < 0.09$ принимались в качестве тенденции к значимости. Для бинарной логистической регрессии фиксировался размер эффекта — отношение шансов (odds ratio, OR) — и его 95% доверительный интервал (95% ДИ).

Кроме того, для выявления однородной выборки пациентов с I или II типом биполярного расстройства на основе депрессивных и гипо-/маниакальных симптомов мы использовали метод кластеризации k -средних. Количество кластеров ($k=2$) было выбрано на основе гипотезы о том, что существует два типа биполярного расстройства. После формирования кластеров были проанализированы центроиды каждого кластера, чтобы определить средние значения каждой переменной в кластере. Далее с помощью кросс-таблиц было изучено частотное распределение пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа по двум кластерам.

Для проверки поставленной гипотезы статистический анализ проводился следующим образом. Вся выборка была разделена по типу биполярного расстройства: в группе биполярного расстройства I типа оказался 81 человек, в группе биполярного расстройства II типа — 92 человека. Далее эти две группы сравнивались по социо-демографическим и клиническим характеристикам.

После этого с помощью бинарной логистической регрессии выявлялась значимость и размер эффекта ассоциации между зависимой переменной — типом биполярного расстройства — и такими предикторами, как сопутствующие психические расстройства и симптомы депрессивных и гипо-/маниакальных эпизодов. Далее на основе депрессивных и маниакальных симптомов проводился кластерный анализ в три этапа: 1) кластеризация только на основе депрессивных симптомов; 2) кластеризация только на основе маниакальных симптомов; 3) кластеризация на основе всех депрессивных и маниакальных симптомов.

Результаты

Характеристика выборки. В данное исследование было включено 173 пациента с биполярным расстройством, из них с биполярным расстройством I типа — 46.8% ($n=81$). Большинство пациентов были женского пола 82.7% ($n=143$). Средний возраст пациентов составил 27.12 (7.9) лет ($M(SD)$), медианный возраст — 25 (22 — 31) лет, минимальный — 18 лет, максимальный — 62 года. Об отягощенном семейном анамнезе по расстройствам настроения сообщили 31.8% ($n=55$) пациентов. Впервые обратились к психиатру 18.5% ($n=32$), на момент включения не принимали фармакотерапию 6.9% ($n=12$) пациентов.

Сравнение по социо-демографическим и клиническим характеристикам пациентов с биполяр-

Таблица 1. Социально-демографические и клинические характеристики биполярного расстройства I типа и биполярного расстройства II типа
Table 1. Socio-demographic and clinical characteristics of bipolar type I disorder and bipolar type II disorder

Характеристики		БАР I типа 30.8% (n=81)	БАР II типа 35.0% (n=92)	P-value
Пол	Жен	85.2% (69)	80.4% (74)	0.5338
	Муж	15.0% (12)	19.6% (18)	
Возраст (лет)		24.00 (21.00—29.00)	26.00 (22.00—31.00)	0.8192
Образование	Высшее	43.2% (35)	54.4% (50)	0.4051
	Незаконченное высшее	25.0% (20)	25% (23)	
	Незаконченное среднее	1.2% (1)	0	
	Среднее	13.6% (11)	8.7% (8)	
	Среднее специальное	17.3% (14)	12.0% (11)	
Индекс массы тела (кг/м ²)		22.50 (19.81—27.14)	21.63 (19.30—25.99)	0.652
Семейный отягощенный анамнез по расстройствам настроения		34.6% (28)	29.4% (27)	0.5672
Антидепрессанты		24.7% (20)	32.6% (30)	0.243
Стабилизаторы настроения		71.6% (58)	62.0% (57)	0.4201
Антипсихотики		34.6% (28)	18.5% (17)	0.04302
Транквилизаторы		13.6% (11)	21.7% (20)	0.182

Таблица 2. Частоты коморбидных психических расстройств у пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа
Table 2. The frequency of comorbid mental disorders in patients with bipolar type I disorder and bipolar type II disorder

Сопутствующие расстройства	БАР I типа 30.8% (n=81)	БАР II типа 35.0% (n=92)	Без поправки		С поправкой*	
			OR [95%ДИ]	P-value	OR [95%ДИ]	P-value
ГТР	50.6% (41)	41.3% (38)	1.5 [0.8-2.7]	0.220	1.5 [0.8-2.9]	0.1645
ПР	35.8% (29)	27.2% (25)	1.5 [0.8-2.9]	0.223	0.9 [0.8-2.9]	0.2615
Агорафобия	6.2% (5)	6.5% (6)	0.9 [0.3-3.3]	0.925	0.9 [0.3-3.2]	0.911
СТР	7.4% (6)	5.4% (5)	1.4 [0.4-5.00]	0.597	1.4 [0.4-4.9]	0.6215
ОКР	6.2% (5)	7.6% (7)	0.8 [0.3-2.6]	0.711	0.8 [0.2-2.7]	0.72549
ПТСР	0	1.1% (1)	NA	NA	NA	NA
Аддикции	4.9% (4)	4.4% (4)	1.1 [0.3-5.00]	0.854	NA	NA
Любое РПП	44.4% (36)	33.7% (31)	1.6 [0.9—2.9]	0.14856	1.5 [0.8—2.9]	0.18993
НА	17.3% (14)	17.4% (16)	1.0 [0.4—2.2]	0.985	NA	NA
НБ	26.0% (21)	14.1% (13)	2.1 [1.0—4.7]	0.0544	2.1 [1.0—4.7]	0.0680
ПП	13.6% (11)	15.2% (14)	0.9 [0.4—2.05]	0.76	0.8 [0.3—2.0]	0.6868

Примечание: *Поправка проводилась на пол и возраст. Note: *The adjustment was made for sex and age.

Таблица 3. Различия в структуре депрессивных эпизодов у пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа**Table 3. Differences in the structure of depressive episodes in patients with bipolar type I disorder and bipolar type II disorder**

Структура депрессии	БАР I типа	БАР II типа	Без поправки		С поправкой*	
			OR [95%ДИ]	P-value	OR [95%ДИ]	P-value
Гипотимия (n=78 vs 87)	98.7% (77)	100% (87)	NA	0.985	NA	0.985
Ангедония (n=78 vs 87)	100% (78)	98.9% (86)	2.3 [0.2-50.1]	0.499	2.1 [0.2-46.6]	0.540
Анергия (n=78 vs 87)	93.6% (73)	98.9% (86)	0.1 [0.005-0.6]	0.032	0.08 [0.004-0.5]	0.0235
Пониженный аппетит (n=78 vs 87)	32% (25)	43.7% (38)	0.6 [0.3-1.2]	0.156	0.6 [0.3-1.2]	0.142
Повышенный аппетит (n=78 vs 85)	51.3% (40)	47% (40)	1.1 [0.06-2]	0.714	1.1 [0.6-2]	0.708
Инсомния (n=78 vs 87)	51.3% (40)	52.9% (46)	0.9 [0.5-1.6]	0.728	0.9 [0.5-1.6]	0.687
Гиперсомния (n=78 vs 87)	78.2% (61)	74.7% (65)	1 [0.5-1.9]	0.905	1 [0.5-2]	0.905
Психомоторная заторможенность (n=78 vs 87)	60.3% (47)	40.2% (35)	2.4 [1.3-4.4]	0.00569	2.3 [1.2-4.4]	0.00863
“Свинцовый паралич” (n=78 vs 87)	65.4% (51)	69% (60)	0.8 [0.4-1.5]	0.445	0.7 [0.4-1.4]	0.33
Идеи вины (n=78 vs 87)	88.5% (69)	93.1% (81)	0.6 [0.2-1.6]	0.309	0.6 [0.2-1.6]	0.314
Нарушения внимания (n=78 vs 87)	93.6% (73)	86.2% (75)	1.9 [0.7-5.2]	0.192	1.9 [0.7-5.1]	0.21
Мысли о самоповреждениях или смерти (n=78 vs 87)	79.5% (62)	65.5% (57)	2.1 [1.1-4.3]	0.0256	2.3 [1.1-4.7]	0.0233
Раздражительность (n=78 vs 87)	60.3% (47)	58.6% (51)	1 [0.6-2]	0.826	1 [0.6-2]	0.782

Примечание: *Поправка проводилась на пол и возраст. Note: *The adjustment was made for sex and age.

ным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа. При сравнении пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа по социо-демографическим и клиническим характеристикам не было выявлено статистически значимых различий по возрасту, полу и уровню образования (Табл.1). Однако, при сравнении данных групп пациентов по принимаемой фармакотерапии в момент включения в исследование, среди пациентов с биполярным расстройством I типа значимо чаще наблюдался прием антипсихотиков.

Сравнение по частоте встречаемости сопутствующих расстройств у пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа. В Табл.2 представлены различия в частоте сопутствующих психических расстройств. У пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа сопутствующие психические расстройства встречались с одинаковой частотой.

Сравнение структуры депрессивных и гипо-/маниакальных эпизодов у пациентов с биполярным

расстройством I типа и биполярным расстройством II типа. В Табл.3 представлены различия в структуре депрессивных эпизодов. У пациентов с биполярным расстройством I типа значимо чаще встречались такие симптомы, как психомоторная заторможенность и мысли о самоповреждениях или смерти в сравнении с пациентами с биполярным расстройством II типа. У последних, в свою очередь, значимо чаще встречались симптомы анергии.

В Табл.4 представлены различия в структуре гипо-/маниакальных эпизодов. У пациентов с биполярным расстройством I типа, в сравнении с пациентами с биполярным расстройством II типа, значимо чаще встречались все симптомы, за исключением гипертимии и разговорчивости.

Кластерный анализ депрессивных и маниакальных симптомов у пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа.

В Табл.5 и на Рисунке представлены результаты кластерного анализа депрессивных и маниакальных симптомов, а также распределение и частота каждого симптома в двух кластерах соответствен-

Таблица 4. Различия в структуре гипо-/маниакальных эпизодов у пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа
Table 4. Differences in the structure of hypo-/manic episodes in patients with bipolar type I disorder and bipolar type II disorder

Структура гипо-/мании	БАР I типа	БАР II типа	Без поправки		С поправкой*	
			OR [95%ДИ]	P-value	OR [95%ДИ]	P-value
Гипертимия (n=78 vs 87)	93.6% (73)	98.9% (86)	1.4 [0.4-5]	0.597	1.5 [0.4-5.3]	0.549
Раздражительность (n=78 vs 87)	87.2% (68)	72.4% (63)	2.6 [1.3-5.8]	0.0115	2.7 [1.3-5.9]	0.0107
Повышенная самооценка (n=78 vs 85)	67.9% (53)	42.4% (36)	3.3 [1.8-6.2]	0.000196	3.3 [1.8-6.2]	0.000207
Повышенная разговорчивость (n=78 vs 87)	89.7% (70)	83.9% (73)	1.7 [0.8-4.1]	0.202	1.7 [0.7-4]	0.227
Сниженная потребность во сне (n=77 vs 87)	75.3% (58)	56.3% (49)	2.3 [1.2-4.3]	0.0127	2.2 [1.2-4.3]	0.0151
Ускоренные мысли (n=78 vs 87)	85.9% (67)	66.7% (58)	3.2 [1.6-7]	0.00216	3.2 [1.5-6.9]	0.00272
Повышенная отвлекаемость (n=78 vs 87)	71.8% (56)	59.8% (52)	1.9 [1-3.7]	0.0408	2 [1-3.9]	0.0362
Повышенная моторная активность (n=78 vs 87)	92.3% (72)	82.8% (72)	2.8 [1.1-7.4]	0.032	2.6 [1-7.2]	0.0424
Рискованное поведение (n=78 vs 87)	78.2% (61)	56.3% (49)	2.9 [1.5-5.6]	0.0017	2.8 [1.5-5.5]	0.00225

Примечание: *Поправка проводилась на пол и возраст. Note: *The adjustment was made for sex and age.

Таблица 5. Результаты кластеризации k-средних (k=2) на основе депрессивных и маниакальных симптомов у пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа
Table 5. K-means clustering results (k=2) based on depressive and manic symptoms in patients with bipolar type I disorder and bipolar type II disorder

Симптомы	Кластер №1		Кластер №2	
	I тип	II тип	I тип	II тип
Депрессивные	40% (n=28)	60% (n=51)	51.5% (n=42)	48.5% (n=48)
Маниакальные	60.6% (n=60)	39.4% (n=39)	29.2% (n=19)	70.8% (n=46)
Депрессивные и маниакальные	26.6% (n=17)	73.4% (n=47)	62.5% (n=60)	37.5% (n=36)

но. Таким образом, классификация биполярного расстройства I типа и биполярного расстройства II типа на основе кластерного анализа по всем депрессивным и маниакальным симптомам имеет чувствительность = 77.92% и специфичность = 56.63%.

Обсуждение

На основе полученных результатов мы можем сделать вывод о том, что не существует депрессивных или маниакальных симптомов, а также каких-либо социо-демографических характеристик и паттернов сопутствующих расстройств, патогномоничных только биполярному расстройству I типа или биполярному расстройству II

типа. Несмотря на значимые различия в частоте некоторых депрессивных и большинства маниакальных симптомов, классификация на основе кластеризации имеет умеренную чувствительность и низкую специфичность. Это во многом объясняется тем, что даже те симптомы, которые значимо чаще встречаются при биполярном расстройстве I типа, также широко распространены среди пациентов с биполярным расстройством II типа (около 60% и более). Таким образом, результаты классификации на основе кластеризации подтверждают гипотезу нашего исследования: единое биполярное расстройство не может быть разделено на две независимые нозологические единицы только лишь на основе структуры эпизодов настроения.

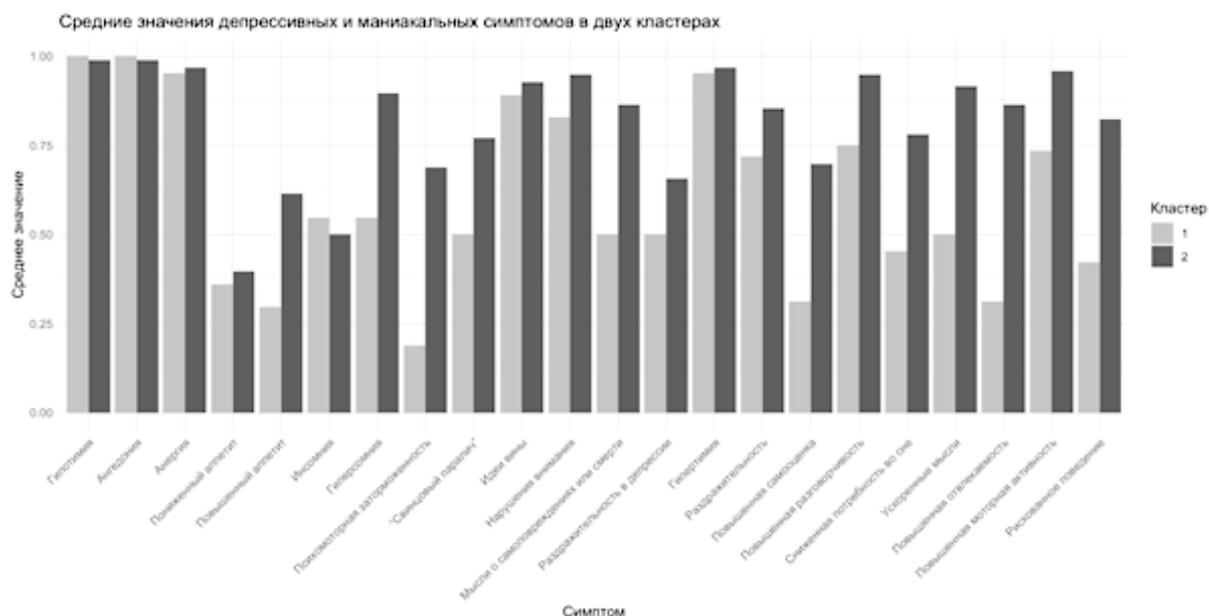


Рис. Средние значения депрессивных и маниакальных симптомов в двух кластерах
Fig. The average values of depressive and manic symptoms in two clusters

Примечательно, что существует лишь небольшое количество исследований, где анализировалась структура эпизодов настроения при разных типах биполярного расстройства. Так, согласно данным крупного сравнительного исследования, у пациентов с биполярным расстройством I типа оценки пожизненных и текущих гипо-/маниакальных симптомов были выше, чем у пациентов с биполярным расстройством II типа [18]. Данная находка сопоставима с нашими результатами, так как большинство симптомов гипо-/мании чаще встречалось у пациентов с биполярным расстройством I типа в сравнении с пациентами с биполярным расстройством II типа. Согласно данным другого исследования, пациенты с биполярным расстройством I и II типов не различаются по выраженности депрессивных симптомов [9].

Однако, у пациентов с биполярным расстройством II типа наблюдается большая частота депрессивных эпизодов и их более длительное течение в сравнении с пациентами с биполярным расстройством I типа [18]. Также биполярное расстройство II типа отличается рядом неблагоприятных характеристик заболевания, таких как более ранний манифест в детском возрасте, быстрая цикличность, более высокая частота сопутствующих тревожных и личностных расстройств [10]. Поэтому, вопреки распространенному мнению, биполярное расстройство II типа не является менее тяжелым заболеванием, чем биполярное расстройство I типа.

Таким образом, несмотря на некоторые значимые различия в клинической картине биполярного расстройства I и II типов, данные результаты указывают скорее на разницу в степени тяжести симптомов и течения, а не их специфичность. По-

добные результаты во многом объясняются самими диагностическими критериями, заложенными в современных классификациях. Так, критерии DSM-5 различают биполярное расстройство I типа и биполярное расстройство II типа на основе тяжести и продолжительности гипо-/маниакальных симптомов, степени дезадаптации, которую они вызывают, а также наличия психотических симптомов. Последние, как и госпитализация в период эмоционального подъема, указывают на биполярное расстройство I типа [6]. По этой причине, за исключением психотических, не существует маниакальных или депрессивных симптомов, отличающих любой из подтипов биполярного расстройства. В связи с чем дифференциальная диагностика между биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа производится исключительно на основе тяжести и продолжительности маниакальных симптомов, что явно свидетельствует в пользу дименсиональной модели единого биполярного расстройства [15].

Стоит отдельно отметить, что в DSM-5 смешанные симптомы кодируются лишь в качестве спецификатора и потому могут наблюдаться при любом типе биполярного расстройства, а также при монополярной депрессии. Этот подход сильно отличается от МКБ-11, где наличие смешанного эпизода указывает только на наличие биполярного расстройства I типа, что во многом противоречит современным данным и чрезмерно расширяет диагностические границы данной нозологической единицы [8].

В связи с чем на основе полученных результатов и изученной литературы мы можем сделать несколько предварительных выводов о концепции биполярного расстройства II типа, требующих дальнейшего изучения:

1. Разница между гипоманиакальным и маниакальным эпизодами лишь количественная, и измеряется длительностью эмоционального подъёма в днях и выраженностью симптомов на основе наличия или отсутствия дезадаптации в личной или профессиональной сферах жизни. На сегодняшний день недостаточно данных для того, чтобы расценивать данные состояния как качественно отличные.
2. Депрессивные эпизоды при биполярном расстройстве I типа и биполярном расстройстве II типа не имеют существенных различий как по выраженности, так и по психопатологической структуре.
3. Смешанные эпизоды (смешанные депрессии и мании) широко распространены как при биполярном расстройстве I типа, так и биполярном расстройстве II типа, поэтому также не могут рассматриваться в качестве дифференциальных признаков.

Таким образом, только психотические эпизоды настроения являются феноменологически отличными состояниями. По этой причине, с практической и научной точек зрения, наиболее релевантным представляется спецификация единого биполярного расстройства на психотические и непсихотические формы. Кроме того, нам ещё предстоит выяснить, не связаны ли результаты исследований, в которых были обнаружены значимые различия в клиническом течении и семейном анамнезе у пациентов с биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа, с отнесением к первой нозологии именно психотических форм мании (в том числе смешанной мании). В связи с чем, для будущих исследований наиболее релевантным представляется сравнение именно непсихотических форм биполярного расстройства I типа и биполярного расстройства II типа с учётом не только особен-

ностей течения и семейного анамнеза, но и анализом структуры эпизодов настроения.

Результаты настоящего исследования имеют ряд ограничений. Во-первых, данное исследование не было лонгитюдным, а имело кросс-секционный характер с ретроспективной оценкой течения заболевания, что могло в некоторой степени снизить качество данных о течении депрессии у пациентов с биполярным расстройством. Во-вторых, пациенты самостоятельно отмечали в специальной форме наличие тех или иных депрессивных или маниакальных симптомов когда-либо в жизни, что также могло в некоторой степени снизить качество данных о структуре эпизодов настроения.

Заключение. Несмотря на некоторые значимые различия в клинической картине биполярного расстройства I типа и биполярного расстройства II типа, не существует депрессивных или гипоманиакальных симптомов, а также каких-либо социо-демографических характеристик и паттернов сопутствующих расстройств, патогномоничных только для одной из нозологий.

Полученные в данном исследовании результаты классификации депрессивных и гипоманиакальных симптомов на основе кластеризации продемонстрировали, что единое биполярное расстройство не может быть разделено на две независимые нозологии только лишь на основе структуры эпизодов настроения. В связи с чем дифференциальная диагностика между биполярным расстройством I типа и биполярным расстройством II типа производится исключительно на основе тяжести и продолжительности маниакальных симптомов, что явно свидетельствует в пользу дименсиональной модели единого биполярного расстройства. В будущих клинических и фундаментальных исследованиях должен быть сделан фокус на психотические формы биполярного расстройства при сравнении I и II типов.

Литература / References

4. Касьянов Е.Д., Хобейш М.А., Вербицкая Е.В., Мазо Г.Э. Скрининг аффективных расстройств в российской популяции: протокол разработки и валидации электронного структурированного опросника. Социальная и клиническая психиатрия. 2023;33(2):17-24.
Kasyanov ED, Khobeish MA, Verbitskaya EV, Mazo GE. Screening for mood disorders in the Russian population: a protocol for the development and validation of an electronic structured questionnaire. *Sotsialnaya i klinicheskaya psixiatriya*. 2023;33(2):17-24. (In Russ.).
5. Касьянов Е.Д., Яковлева Я.В., Мудракова Т.А., Касьянова А.А., Мазо Г.Э. Паттерны коморбидности и структура депрессивных эпизодов у пациентов с биполярным и депрессивным расстройствами. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023;123(11-2):108-114.
Kasyanov ED, Yakovleva YaV, Mudrakova TA, Kasyanova AA, Mazo GE. Comorbidity patterns and structure of depressive episodes in patients with bipolar disorder and major depressive disorder. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. Specvypuski*. 2023;123(11-2):108-114. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro2023123112108>
6. Яковлева Я.В., Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э. Коморбидность расстройств пищевого поведения среди пациентов с биполярным аффективным расстройством и рекуррентным депрессивным расстройством. Российский психиатрический журнал. 2023;4:39-46.
Yakovleva YaV, Kasyanov ED, Mazo GE. Comorbidity of eating disorders among patients with bipolar disorder and recurrent depressive disorder. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2023;4:39-46. (In Russ.).
<https://doi.org/10.34757/1560-957X.2023.27.4.004>

7. Alloy LB, Urošević S, Abramson LY, Jager-Hyman S, Nusslock R, Whitehouse WG, Hogan M. Progression along the bipolar spectrum: a longitudinal study of predictors of conversion from bipolar spectrum conditions to bipolar I and II disorders. *J Abnorm Psychol.* 2012;121(1):16-27. <https://doi.org/10.1037/a0023973>
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4th ed.)*. Washington: DC; 1994.
9. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
10. Angst J. The course of affective disorders. II. Typology of bipolar manic-depressive illness. *Arch Gen Psychiatr.* 1978;226(1):65-73. <https://doi.org/10.1007/BF00344125>
11. Barroilhet SA, Ghaemi SN. Psychopathology of Mixed States. *Psychiatr Clin North Am.* 2020;43(1):27-46. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.10.003>
12. Coello K, Kuchinke OV, Kjærstad HL, Miskowiak KW, Faurholt-Jepsen M, Vinberg M, Kessing LV. Differences in clinical presentation between newly diagnosed bipolar I and II disorders: A naturalistic study. *J Affect Disord.* 2024;351:95-102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.139>
13. Dell'Osso B, Holtzman JN, Goffin KC, Portillo N, Hooshmand F, Miller S, Dore J, Wang PW, Hill SJ, Ketter TA. American tertiary clinic-referred bipolar II disorder compared to bipolar I disorder: More severe in multiple ways, but less severe in a few other ways. *J Affect Disord.* 2015;188:257-62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.001>
14. Ghaemi SN, Angst J, Vohringer PA, Youngstrom EA, Phelps J, Mitchell PB, McIntyre RS, Bauer M, Vieta E, Gershon S. Clinical research diagnostic criteria for bipolar illness (CRDC-BP): rationale and validity. *Int J Bipolar Disord.* 2022;10(1):23. <https://doi.org/10.1186/s40345-022-00267-3>
15. Ghaemi SN, Dalley S. The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(4):314-324. <https://doi.org/10.1177/0004867413504830>
16. Gitlin M, Malhi GS. The existential crisis of bipolar II disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2020;8(1):5. <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0175-7>
17. Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*. New York: Arno Press; 1921.
18. Malhi GS, Bell E. The bipolar two-syndrome concept: questioning the shaping of a circular argument for subtyping a dimensional disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2022;10(1):30. <https://doi.org/10.1186/s40345-022-00278-0>
19. Mendel E. *Die Manie*. Wien: Urban und Schwarzenberg; 1881.
20. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psych.* 1978;35:773-782. <https://doi.org/10.1001/arch-psyc.1978.01770300115013>
21. Tondo L, Miola A, Pinna M, Contu M, Baldessarini RJ. Differences between bipolar disorder types 1 and 2 support the DSM two-syndrome concept. *Int J Bipolar Disord.* 2022;10(1):21. <https://doi.org/10.1186/s40345-022-00268-2>
22. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. 2019. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>

Сведения об авторах

Касьянов Евгений Дмитриевич — к.м.н., старший научный сотрудник отделения социальной нейрорепсихиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3). E-mail: i@kasyan.ru

Яковлева Яна Викторовна — младший научный сотрудник, аспирант отделения социальной нейрорепсихиатрии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: yanakov97@yandex.ru

Щепкин Егор Сергеевич — клинический ординатор отделения социальной нейрорепсихиатрии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: shchepkin.egor@gmail.com

Мазо Галина Элевна — д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: galina-mazo@yandex.ru

Поступила 12.11.2024

Received 12.11.2024

Принята в печать 29.04.2025

Accepted 29.04.2025

Дата публикации 30.09.2025

Date of publication 30.09.2025