

Аффективные расстройства в графиках

Перевод с английского: Ассоциация «Биполярники»

Расстройства настроения часто называют аффективными расстройствами, так как аффект – это внешнее проявление настроения, в отличие от эмоций, которые человек переживает внутри себя. Депрессия и мания рассматриваются некоторыми специалистами как два противоположных полюса расстройств аффективного спектра (или расстройств настроения). Общепринято мнение о том, что депрессия и мания – это две крайности, обозначенные в психиатрии с помощью двух терминов: униполярная депрессия (ей страдают пациенты, испытывающие влияние депрессивного полюса или состояния спада) и биполярное расстройство, - пациенты, страдающие им, переживают как взлеты (*мании*), так и падения (*депрессии*). Депрессия и мания могут также существовать одновременно, и это состояние носит название *смешанного аффективного эпизода*. Мания может проявляться в более мягкой форме (*гипомания*), или же мания и депрессия могут быстро сменять друг друга, это состояние специалисты называют *быстрой циркуляцией фаз*.

Аффективные расстройства могут быть визуализированы с помощью графиков изменений настроения (см. ниже) как с той целью, чтобы лучше различать разные состояния, так и для того, чтобы отслеживать особенности протекания расстройства у отдельных пациентов. На графиках мания и гипомания изображены сверху, эутимия (субъективно комфортное настроение) в середине, дистимия и депрессия внизу (см. График 1).

Наиболее распространенное и хорошо известное расстройство настроения, это *большое депрессивное расстройство* (График 2), как с одиночными, так и с рекуррентными эпизодами депрессии. *Дистимия* проявляется симптомами менее интенсивными, чем у большого депрессивного расстройства, но это более длительная форма депрессии (График 3). Пациенты, страдающие большим депрессивным расстройством с плохим восстановлением между эпизодами до уровня дистимии, которая предшествует следующему депрессивному эпизоду, страдают так называемой «*двойной депрессией*» (График 4).

Биполярное аффективное расстройство

Биполярное аффективное расстройство (БАР) обычно характеризуется четырьмя типами эпизодов: мания, депрессия, гипомания и смешанные маниакально-депрессивные состояния. У пациентов в клинической картине могут присутствовать любые комбинации этих типов аффективных эпизодов; субсиндромальные маниакальные и депрессивные эпизоды также могут проявляться при биполярном расстройстве, в этом случае недостаточность симптомов (или их меньшая выраженность) не позволяют им попасть под диагностические критерии одного из эпизодов.

Таким образом, проявления болезни могут различаться в значительной степени.

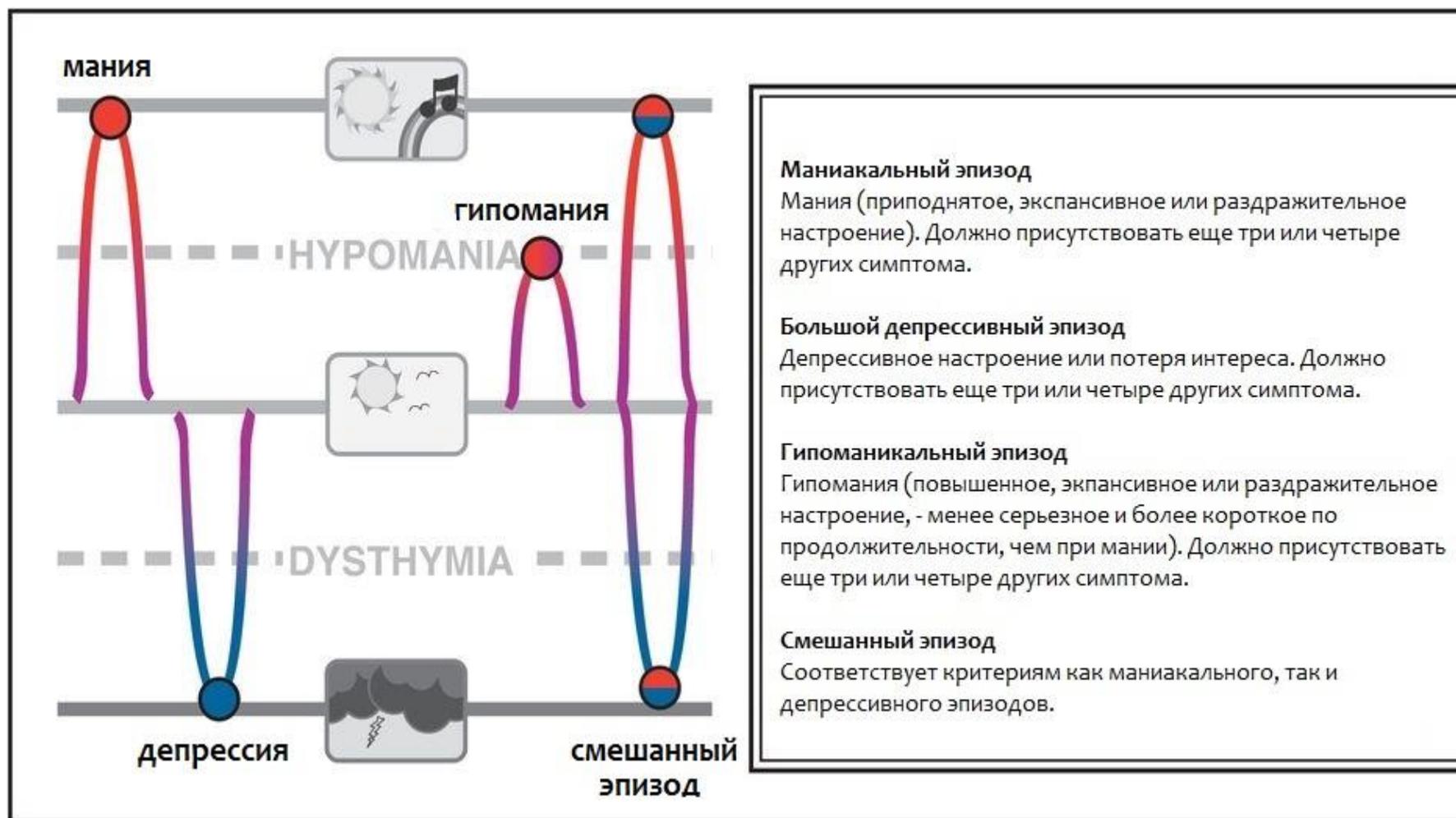


График 1

**Большое
депрессивное
расстройство**

Наиболее распространенное расстройство настроения. Оно определяется по наличию хотя бы одного большого депрессивного эпизода, однако большинство пациентов испытывают повторяющиеся (рекуррентные) эпизоды расстройства.

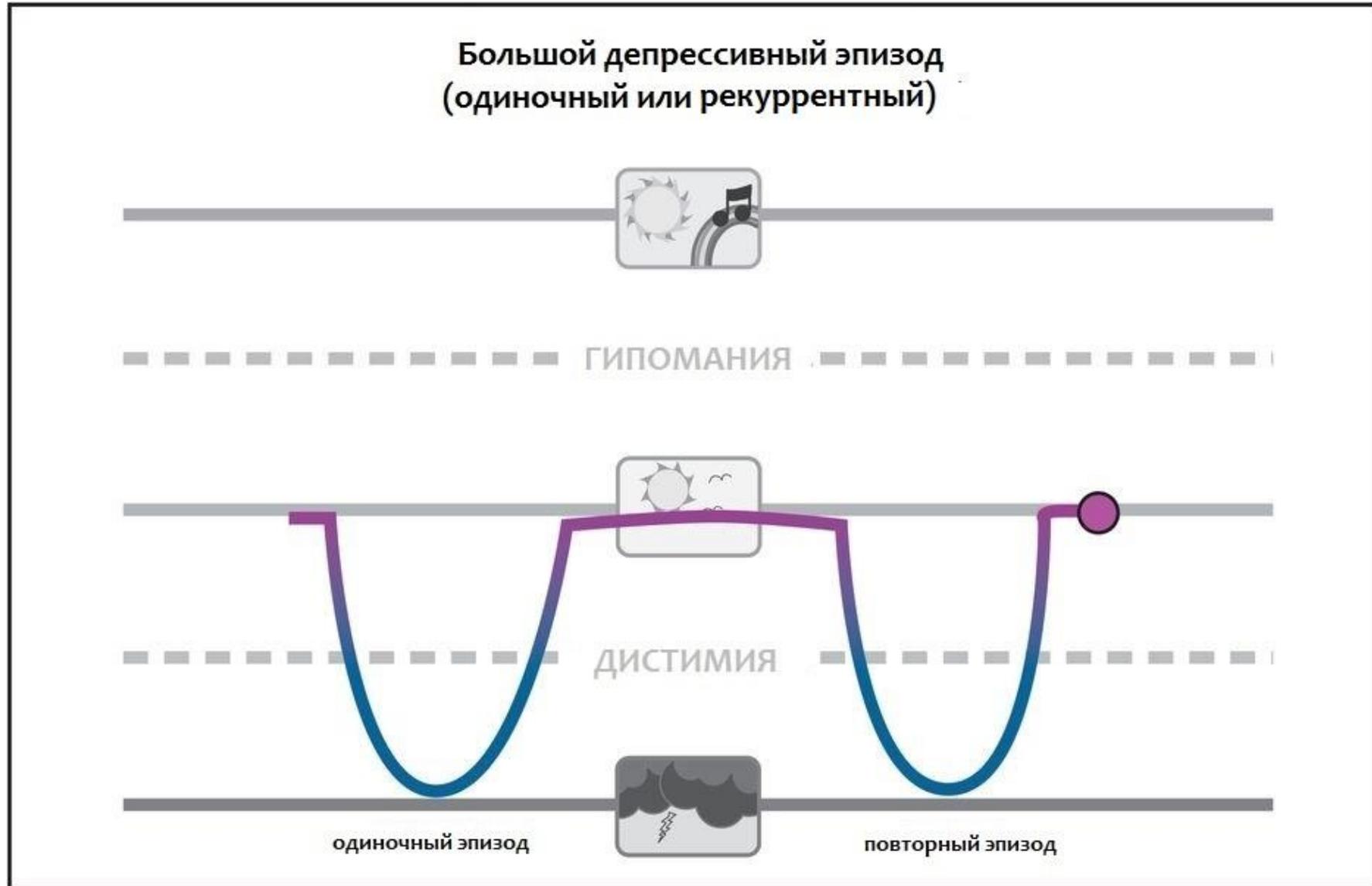


График 2

Дистимия

Менее серьезная, но более длительная, часто рецидивирующая, форма депрессивного расстройства (продолжительность более 2х лет).

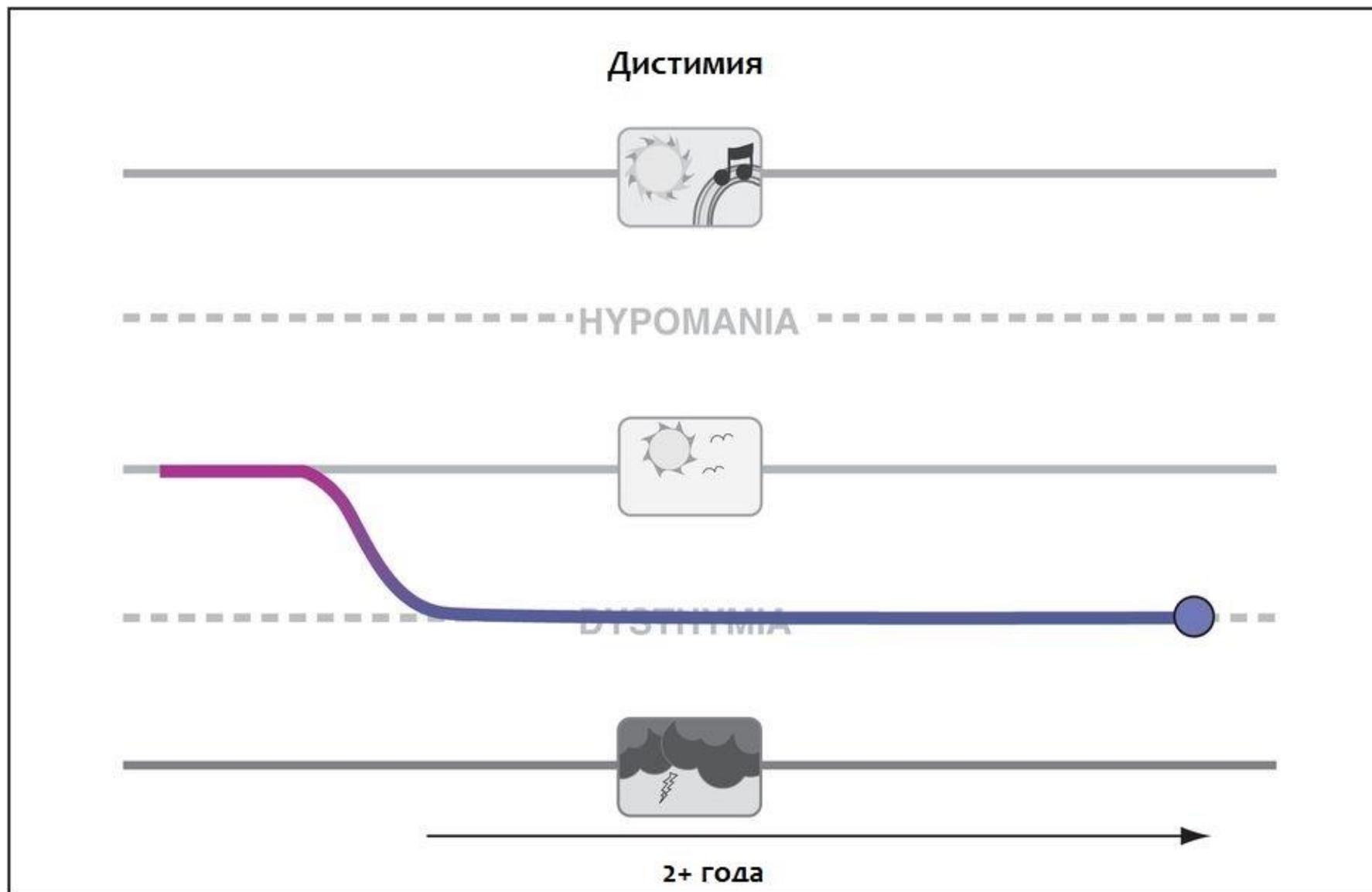


График 3

Двойная депрессия

Пациентам с повторяющейся дистимией, которые одновременно испытывают один или несколько симптомов большого депрессивного расстройства, может быть поставлен диагноз "двойная депрессия". Это форма рекуррентных больших депрессивных эпизодов с плохим восстановлением между ними.

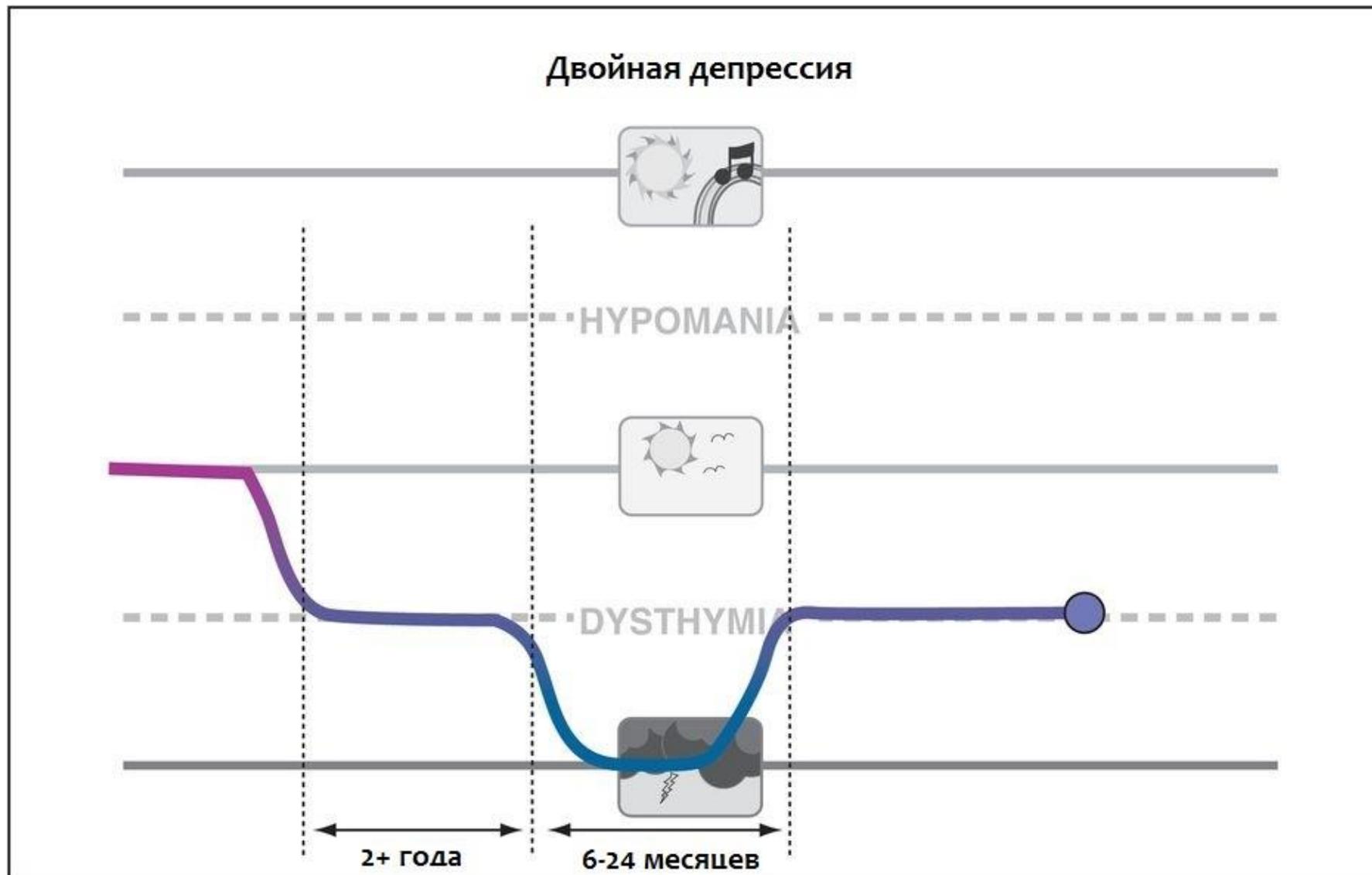


График 4

БАР 1 типа

Пациенты с **БАР первого типа (БАР I)** имеют ярко выраженные маниакальные или смешанные эпизоды, обычно предшествующие депрессивным эпизодам (График 5). Когда мания повторяется по меньшей мере 4 раза в год, эту форму можно назвать *быстроциклической манией* (График 6). Пациенты с БАР I могут также иметь такую форму расстройства, когда мания и депрессия быстро сменяют друг друга, эта форма носит название *быстроциклической смены фаз* (График 7). По диагностическим критериям, необходимо наличие минимум 4 смен фазы в год, но по факту смена фаз может быть гораздо более быстрой. Пациенты с БАР 1 типа обычно также переживают большие депрессивные эпизоды, однако эти эпизоды не являются обязательными для постановки диагноза БАР I.

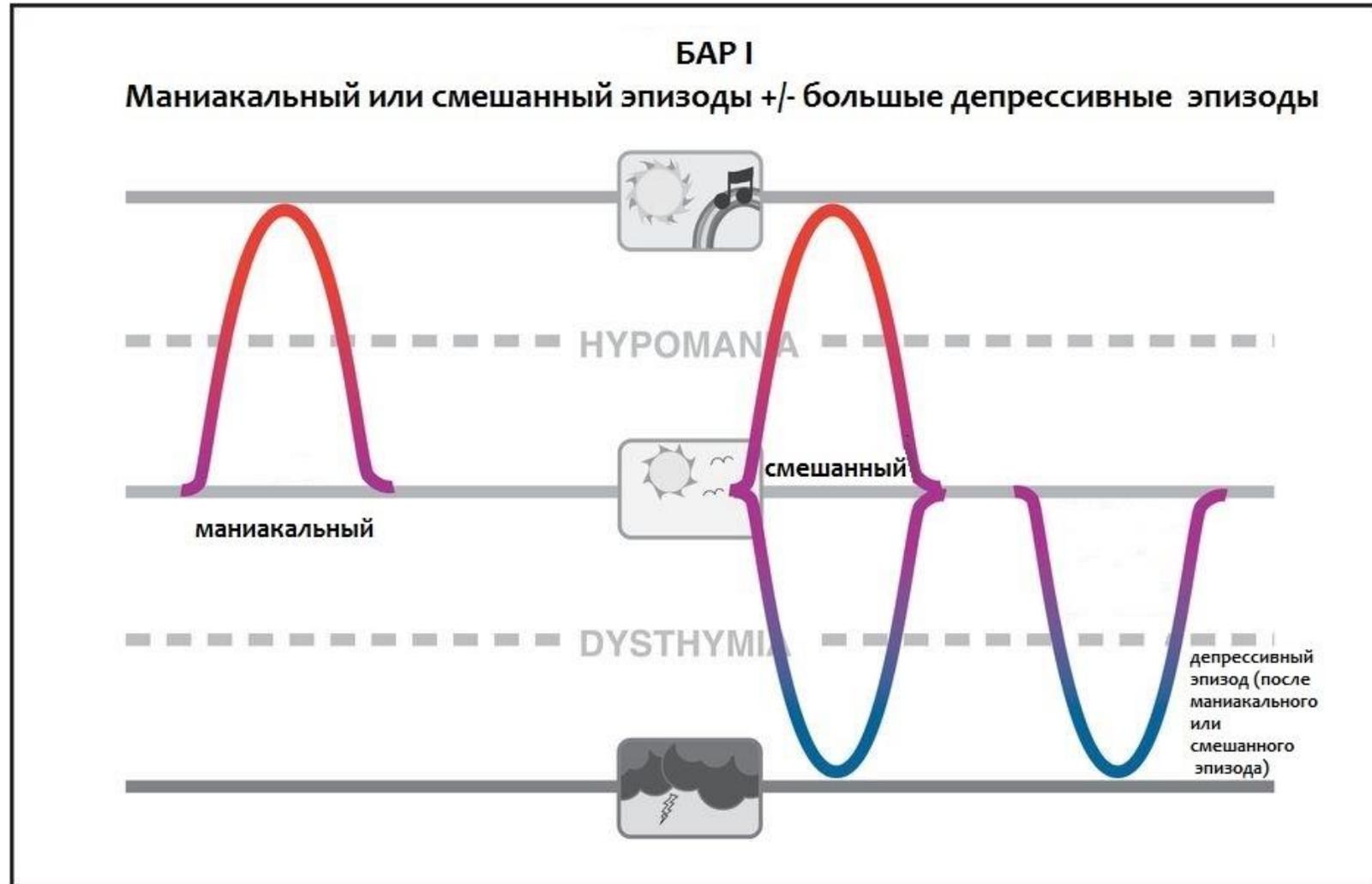


График 5

Быстроциклическая мания.

Эта форма может проявляться в виде четырех отдельных маниакальных эпизодов, как показано на графике ниже. Многие пациенты, страдающие этой формой, испытывают смену фаз гораздо чаще, чем четыре раза в год.

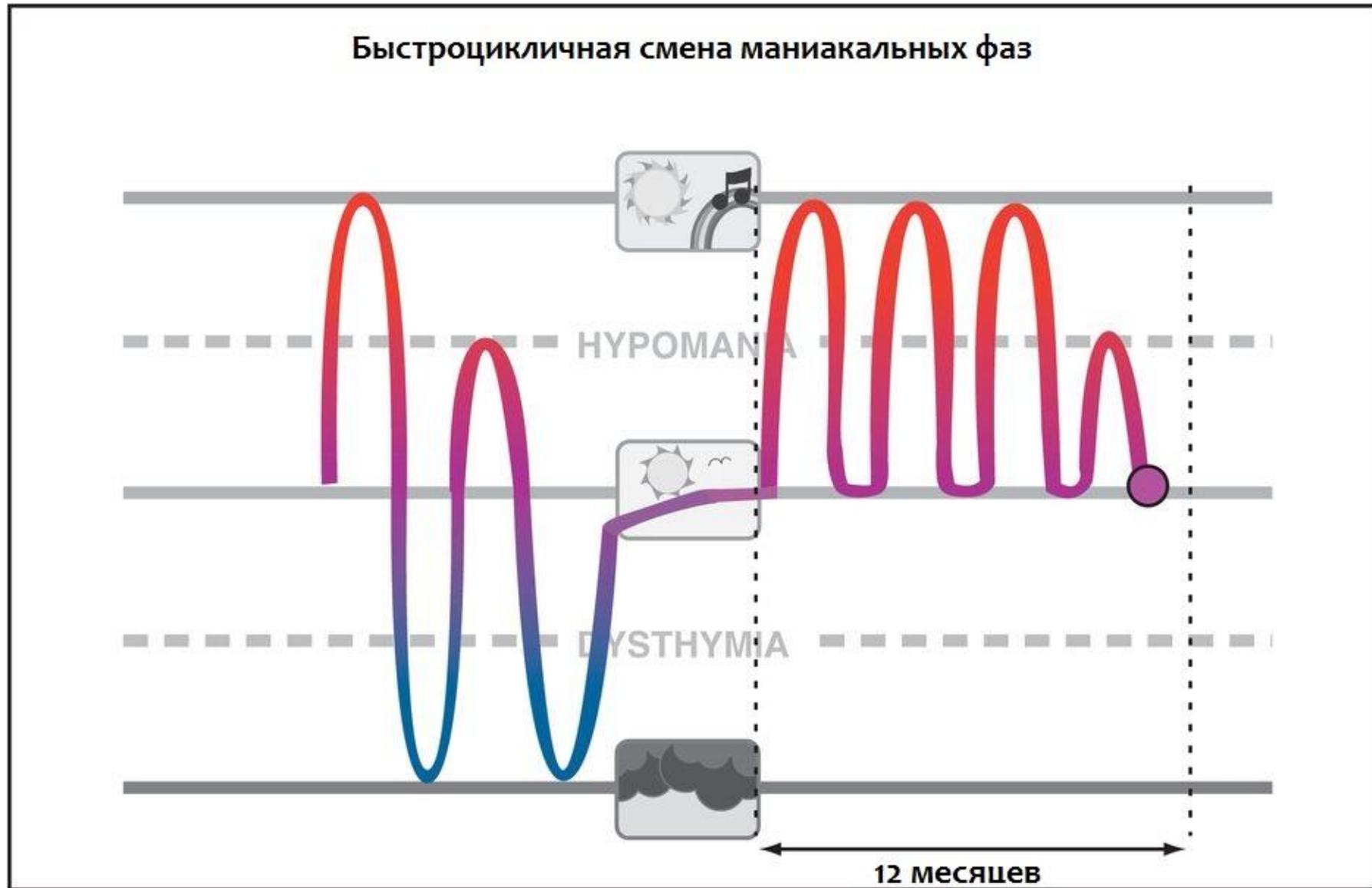


График 6

Быстроциклическая смена фаз

Течение БАР может иметь вид быстроциклического расстройства, что означает присутствие как минимум четырех отдельных аффективных эпизодов в течение года. Также может наблюдаться быстрая смена депрессивных и маниакальных фаз (см. График 7). У некоторых пациентов смена фаз происходит гораздо чаще, по несколько раз в месяц, а иногда и в день. Такая форма называется *быстроциклической с ультрабыстрыми сменами фаз*.

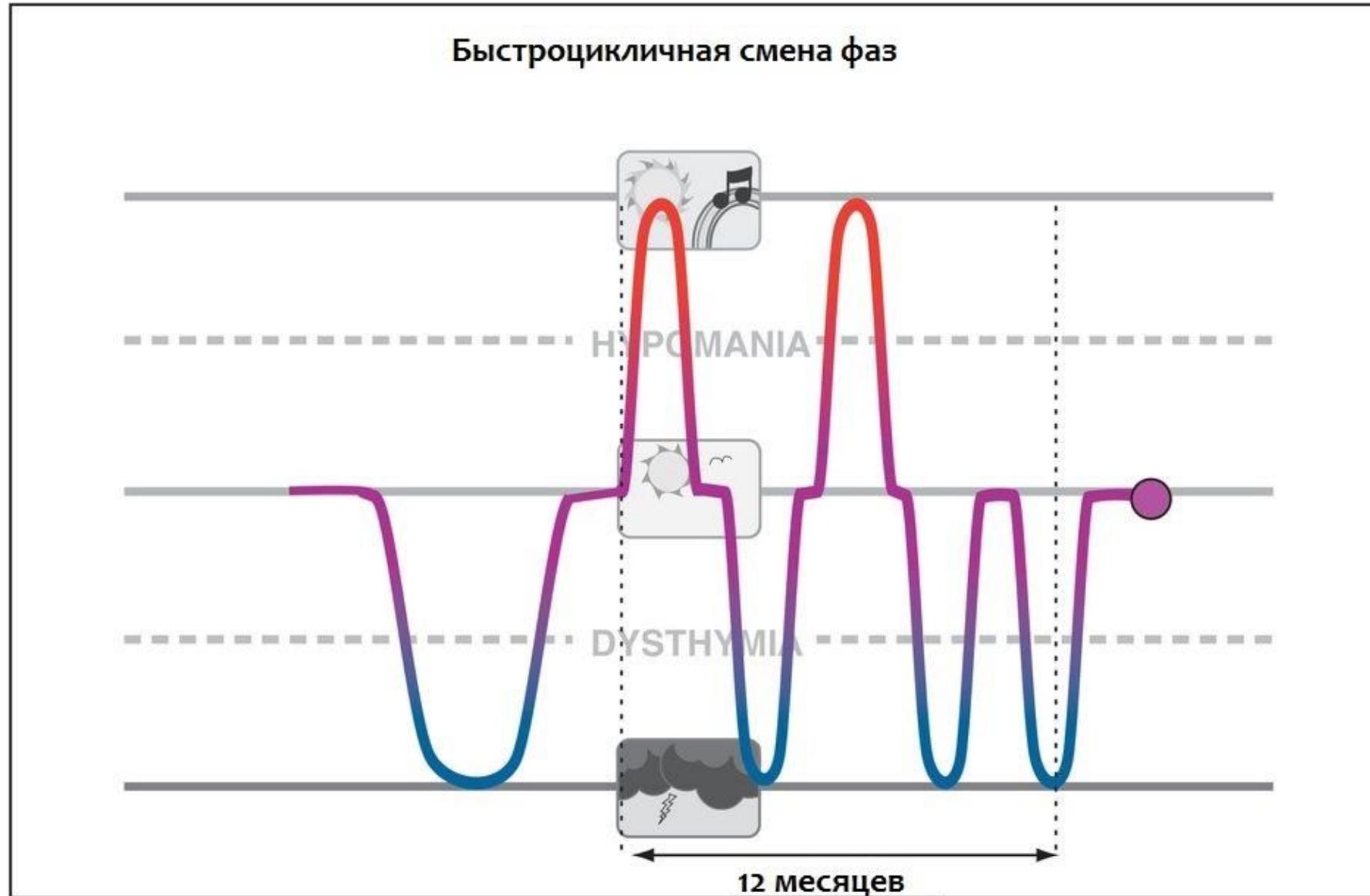


График 7

БАР 2 типа

Характеризуется как минимум одним эпизодом гипомании, за которым следует депрессивный эпизод (График 8). *Циклотимия* выражается в перепадах настроения, которые не столь серьезны как мания или большой депрессивный эпизод, но все же спады и подъемы выходят за пределы обычных колебаний настроения. Перепады настроения могут быть меньшей амплитуды или представлять собой незначительные вариации по сравнению с нормальным настроением, иметь постоянный и повторяющийся характер и включать в себя депрессивный темперамент (настроение ниже нормального, но еще не большой депрессивный эпизод) и гипертимный темперамент (настроение выше нормального, но еще не аффективное расстройство) – см. График 9.

БАР 2 типа, - течение болезни включает в себя один или несколько депрессивных эпизодов и как минимум один гипоманиакальный эпизод.

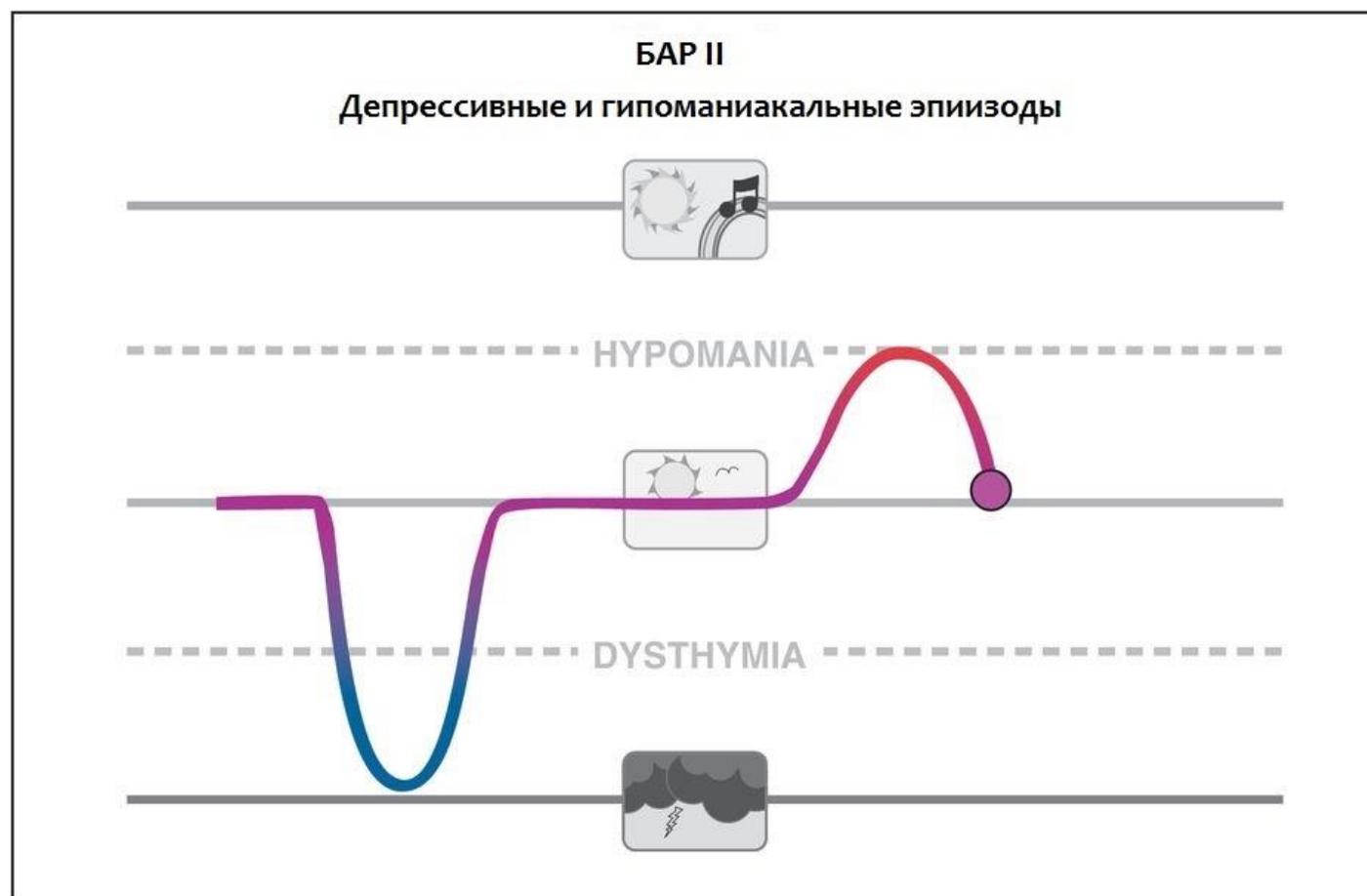


График 8

Циклотимия

Колебания настроения от гипомании до дистимии, но без развернутых проявлений мании или больших депрессивных эпизодов.

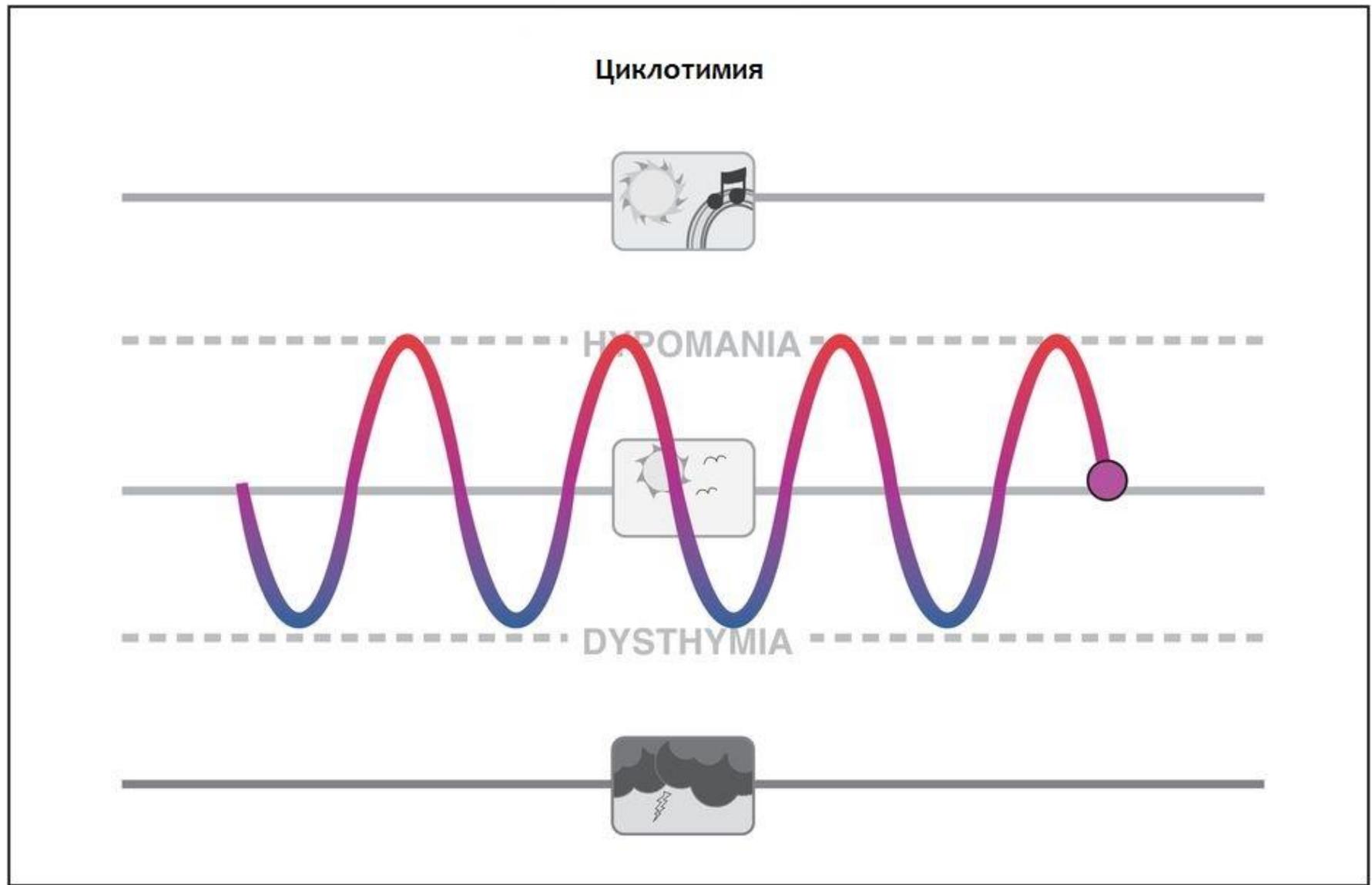


График 9

**Темперамент:
дистимический и
гипертимный**

Не все колебания настроения патологичны. Люди с *дистимическим темпераментом* могут испытывать грусть или апатию, но состояния могут не соответствовать установленному критерию для постановки диагноза аффективного расстройства. Однако люди с дистимическим темпераментом могут иметь **БОЛЬШОЙ** риск для развития таких расстройств на более поздних этапах жизни. *Гипертимный темперамент* представляет собой такой темперамент, при котором настроение может подниматься сильнее, чем при эутимии, но оно не является патологичным. Такое состояние может включать в себя экстраверсию, оптимизм, избыток чувств, импульсивность, чрезмерную уверенность в себе, грандиозность, и отсутствие торможения. Люди с гипертимным темпераментом имеют риски развития аффективного расстройства на более поздних этапах жизни.

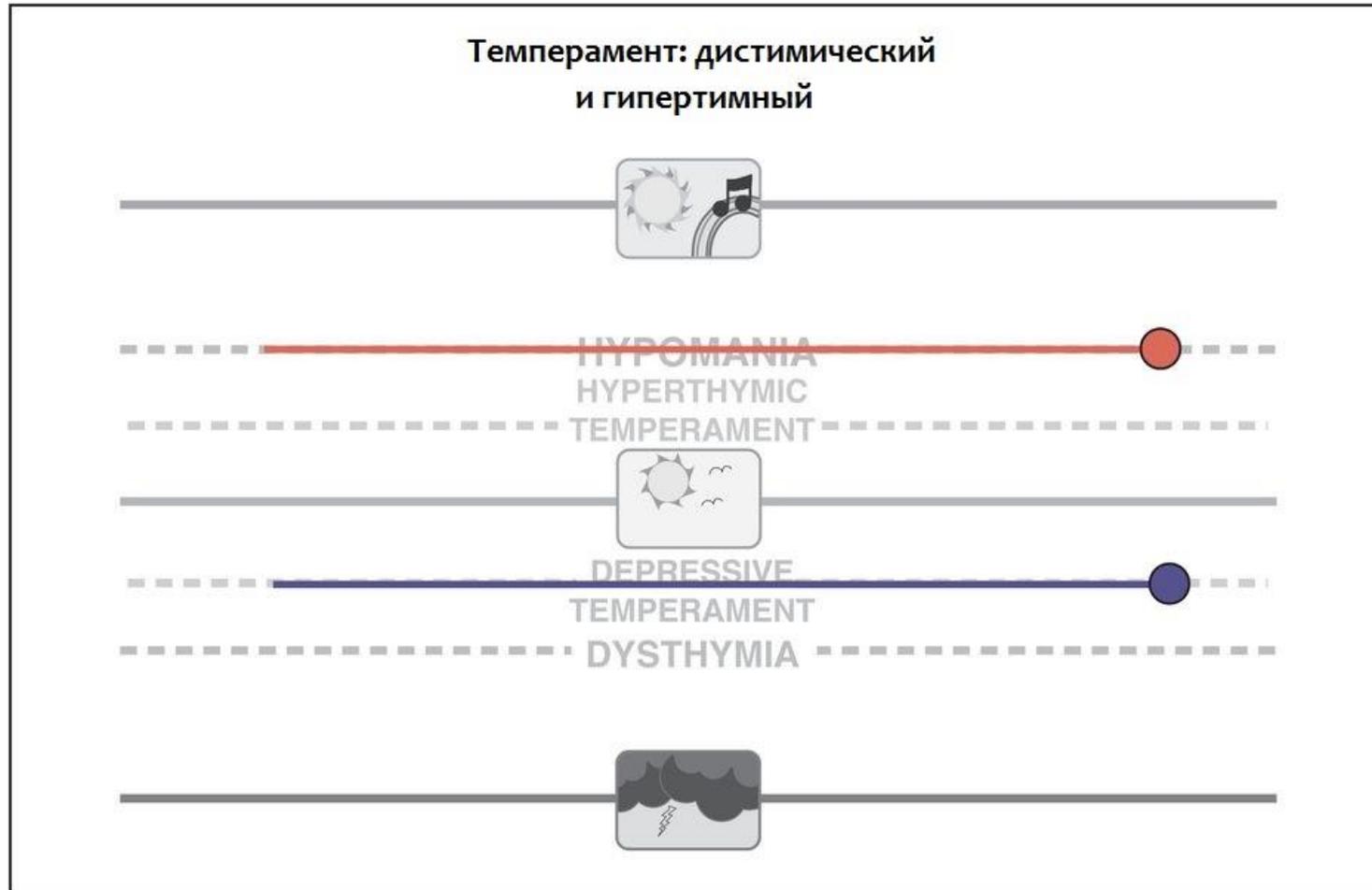


График 10

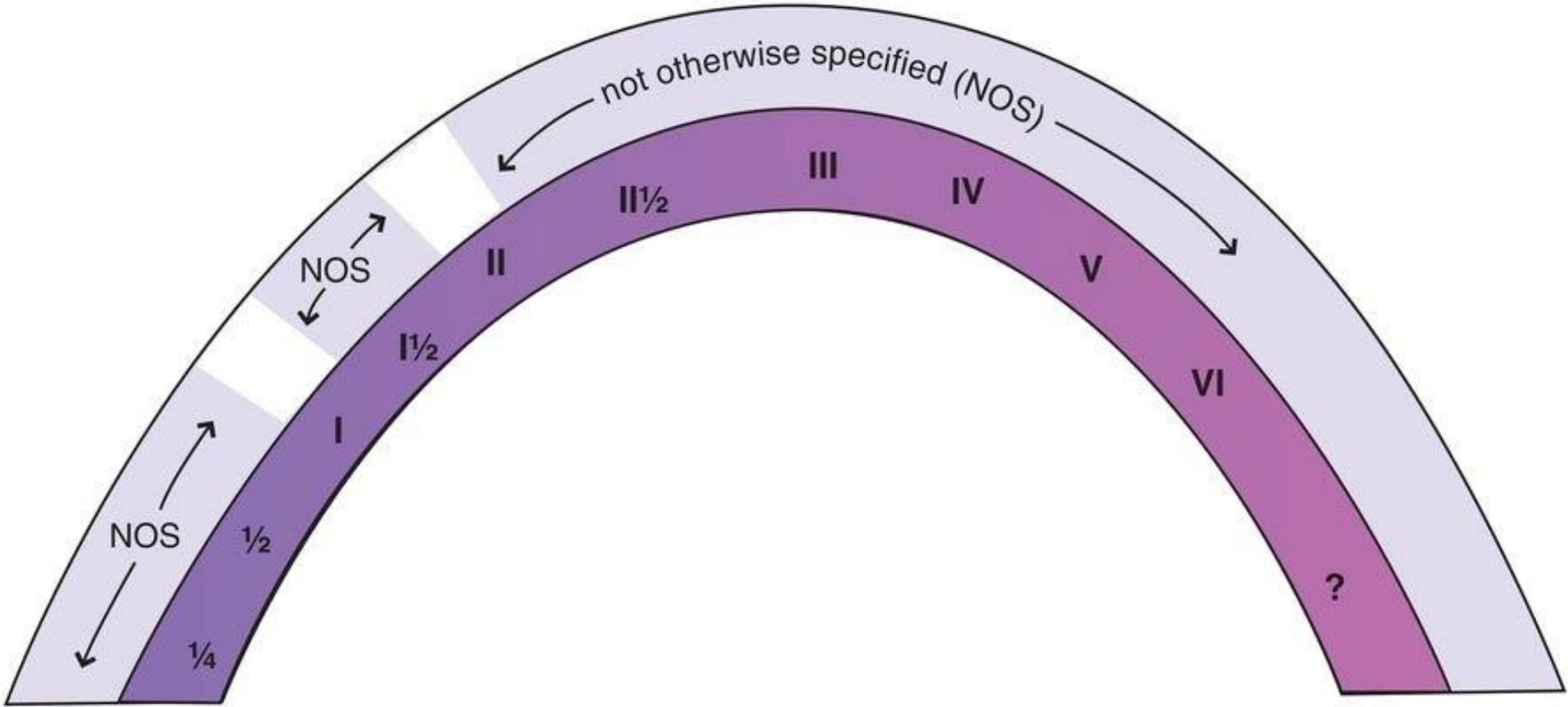
Биполярный спектр.

С точки зрения основной диагностики биполярного расстройства, наша дискуссия почти завершена. Однако в последнее время все шире признается тот факт, что многие пациенты, встречающиеся в клинической практике, имеют расстройство аффективной сферы, которое не может быть описано с помощью данных диагностических категорий. Формально, такие расстройства попадают под раздел “биполярное аффективное расстройство неуточненного типа” (Not Otherwise Specified). Для большого количества пациентов эта группа представляет собой одну категорию, которая не отражает всего разнообразия и сложности симптомов БАР.

Интересно, что пациентам с такими проявлениями обычно ставится диагноз “биполярный спектр” (График 11), в который включены несколько других описательных категорий, которые были предложены Хагоп Акисал (Hagop Souren Akiskal).

График 11. Биполярный спектр. Пациенты с БАР могут иметь симптоматику, которая значительно разнится. Исторически, биполярное расстройство категоризовалось как БАР 1, БАР 2 и БАР неуточненного типа (NOS). Однако, может быть полезным не просто диагностировать человека как имеющего расстройство биполярного спектра, но и определить подкатегории проявлений расстройства, как сделали Акискал и другие специалисты.

**БАР неуточненного типа,
биполярный спектр**



БАР ¼ (0.25)

Это категория обычно рассматривается как “не совсем биполярное” расстройство и иногда называется БАР ¼ (0.25), чтобы подчеркнуть нестабильную форму униполярной депрессии, которая быстро отвечает на лечение антидепрессантами, но имеет тенденцию к колебаниям настроений; это состояние быстрого улучшения симптоматики впоследствии назвали термином “всплывание” (pop-out). Несмотря на то, что у этих пациентов нестабильное настроение, они не попадают под категорию биполярного расстройства, но все же могут получить пользу от лечения нормотимическими препаратами, добавленными к терапии антидепрессантами.

БАР ¼. Некоторые пациенты имеют только депрессивную симптоматику, но тем не менее быстро и нестабильно отвечают на лечение антидепрессантами (иногда это явление называют “быстрое всплывание”). Несмотря на то, что эти пациенты не имеют симптомов расстройства настроения, которые могли бы классифицироваться как мания или гипомания, потенциально им могут подойти нормотимические препараты.

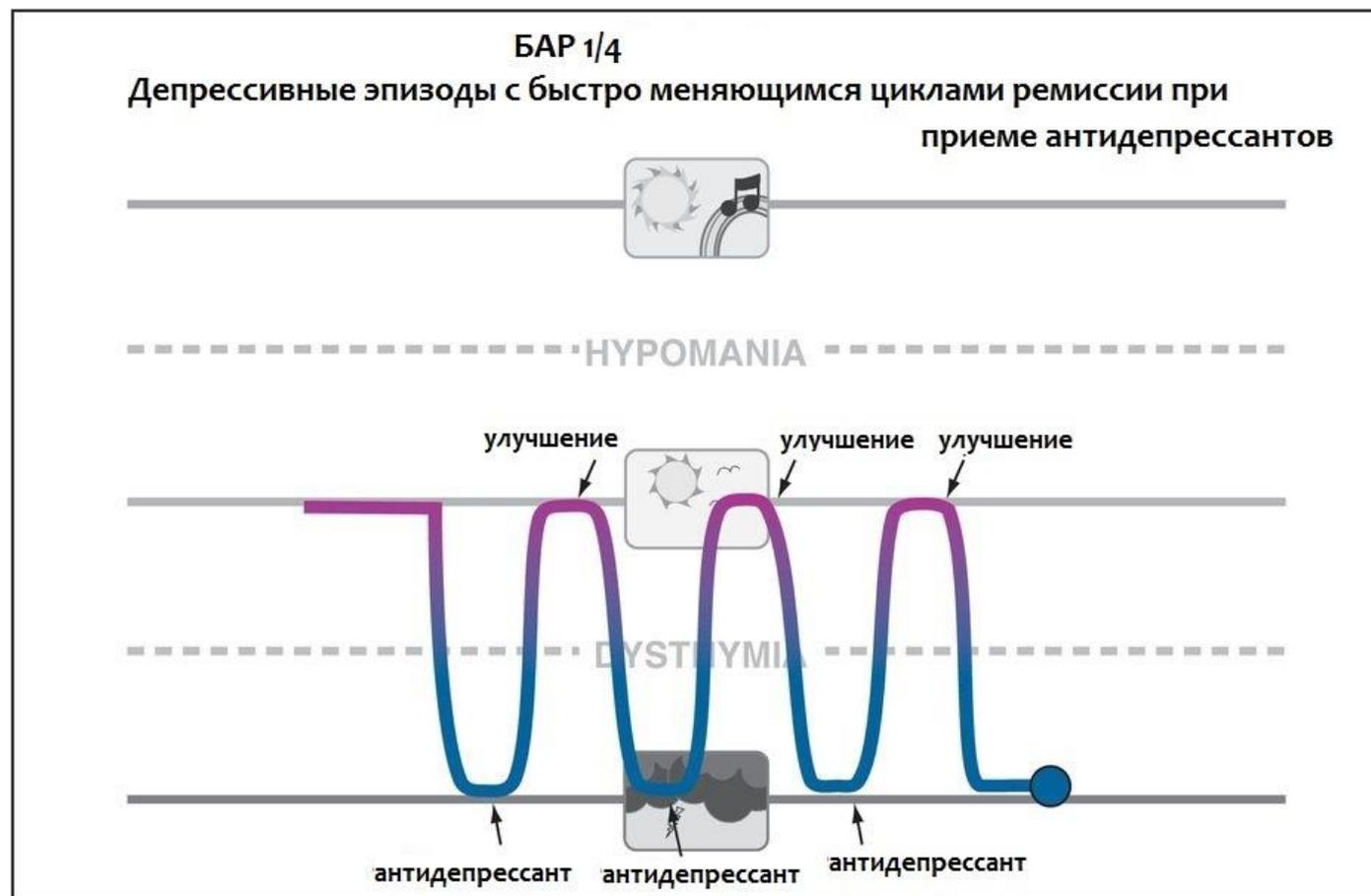


График 11

БАР ½ (0.5) и шизоаффективное расстройство

Другой вид расстройства, которое по-разному определяется разными психиатрами, это шизоаффективное расстройство (График 12). Почти век эксперты спорят, являются ли психотические расстройства отличными от расстройств настроения (таблица 1) или же они являются частью биполярного спектра.

БАР ½ или шизоаффективное расстройство, требующее для постановки диагноза наличия позитивных симптомов психоза с манией, гипоманией или депрессивных эпизодов.

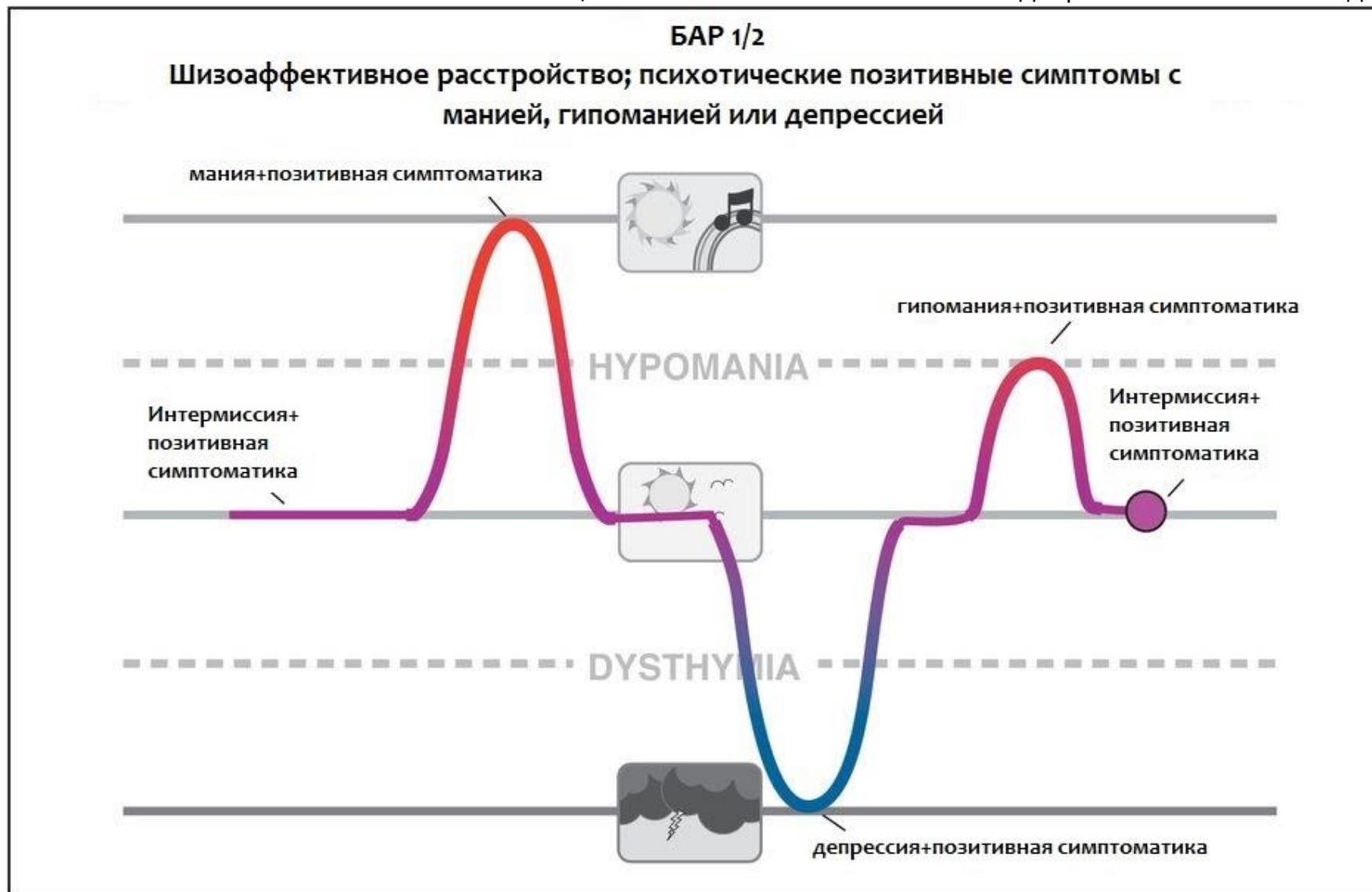


График 12

Обе болезни описываются как отличающиеся друг от друга или же являющиеся частью одного спектра.

А. Шизофрения и биполярное аффективное расстройство: дихотомическая модель болезни. В дихотомической модели шизофрения представляет собой заболевание с постоянно повторяющимися психозами и с плохим прогнозом. БАР состоит из циклически повторяющихся эпизодов расстройств настроения и имеет лучший прогноз, чем при шизофрении. Третья, отдельная болезнь – это шизоаффективное расстройство, характеризующееся психозами и манией наряду с другими симптомами расстройств настроения.

**Шизофрения и биполярное расстройство
Дихотомическая модель болезни**

Шизофрения	Шизоаффективное расстройство	Биполярное расстройство
<ul style="list-style-type: none">- психоз- хроническое течение- плохой прогноз- "даже немного шизофрении, - это уже шизофрения"	<ul style="list-style-type: none">- психоз и- мания- расстройство настроения	<ul style="list-style-type: none">- мания- расстройство настроения- циклическое течение- хороший прогноз- "даже немного расстройства настроения, - это уже расстройство настроения"

Таблица 1

В. Шизофрения и биполярное аффективное расстройство: модель континуума. В этой модели шизофрения и расстройства настроения представляют один спектр заболеваний, в котором бред, психоз, паранойяльное избегание – это один полюс спектра, а депрессия и другие симптомы аффективных расстройств - другой. В середине – психотическая депрессия и шизоаффективное расстройство.

БАР I½ (1.5)

Несмотря на то, что пациенты, с затяжной или повторяющейся гипоманией без депрессий формально не диагностируются как имеющие БАР II типа, они, определенно, принадлежат к биполярному спектру, и их состояние может улучшиться от нормотимических препаратов (График 13). У таких пациентов, с течением времени часто развивается большое депрессивное расстройство и их диагноз изменяется на БАР II. Тем не менее, они могут получать лечение от гипомании еще до наступления большого депрессивного эпизода; однако нет лечения, официально подтвержденного именно для этой формы расстройства.

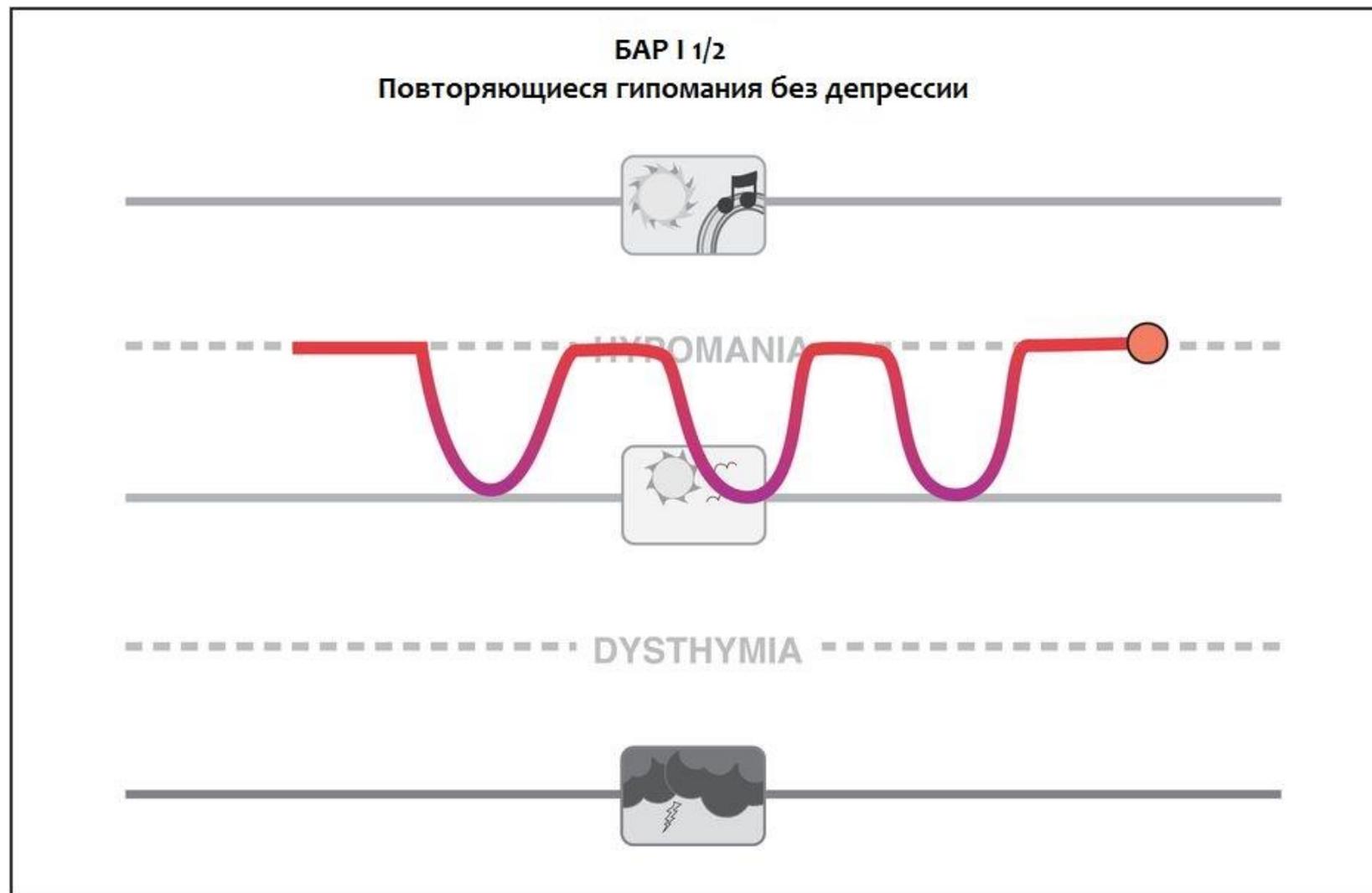


График 13

БАР II½ (2.5)

БАР II½ - это форма биполярного расстройства, которая проявляется у людей, имеющих циклотимический темперамент и страдающих от больших депрессивных эпизодов (см. График 14). Многие пациенты с циклотимией выглядят просто как люди с часто меняющимся настроением и не обращаются к специалистам за помощью до тех пор, пока не переживают большой депрессивный эпизод. Очень важно распознать пациентов с этим типом расстройства биполярного спектра, потому что лечение депрессии у таких пациентов с помощью классических антидепрессантов может увеличить амплитуду колебаний настроения или даже вызвать полноценный маниакальный эпизод, так же как и при лечении людей, страдающий БАР I и БАР II.

Пациент может страдать от большого депрессивного эпизода и иметь циклотимический темперамент, который часто характеризуется перепадами настроения между гипертимным или гипоманиакальным состоянием (выше нормального настроения) или депрессивным, а также дистимическим состоянием (ниже нормального настроения). Люди с циклотимическим темпераментом, которые лечат депрессию, могут попадать в группу риска тех, для кого антидепрессанты становятся фактором развития быстроциклической смены фаз.

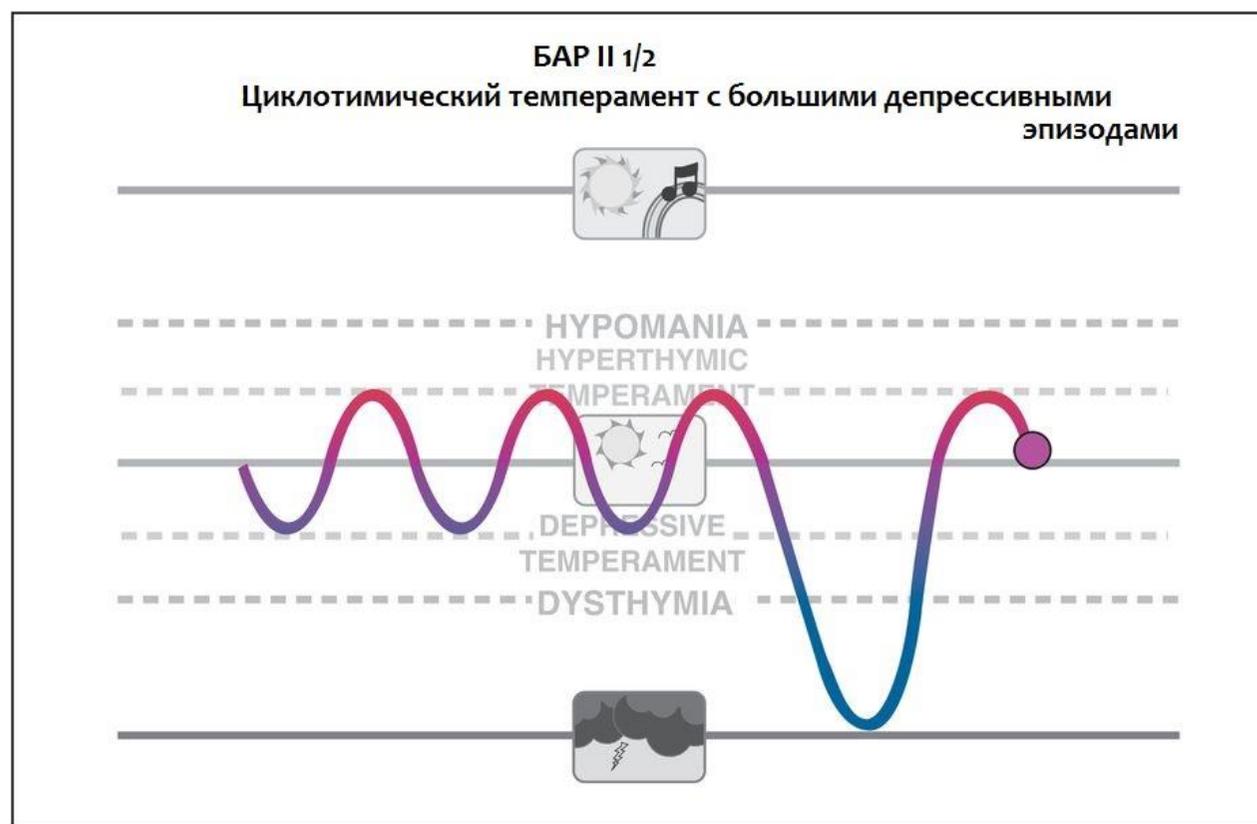


График 14

БАР III (3.0)

Пациенты, у которых развиваются маниакальные или гипоманиакальные эпизоды при приеме антидепрессантов, страдают так называемой формой БАР III (График 15). Согласно формальным критериям диагностики в случае, когда антидепрессант вызывает манию или гипоманию, ставится диагноз не БАР, а “расстройства настроения, вызванные употреблением психоактивных веществ”. Многие эксперты не согласны с этим и считают, что у пациентов развивается мания или гипомания потому, что они принадлежат к биполярному спектру, и могут быть диагностированы как имеющие БАР III до тех пор, пока у них не начинается спонтанный эпизод мании или гипомании (без фармакотерапии), когда диагноз можно поменять на БАР I или БАР II соответственно. Категория БАР III также полезна для специалистов, так как показывает, что такие пациенты не могут лечиться только с помощью антидепрессантов.

Несмотря на то, что диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам IV издания (DSM-IV), определяет (гипо)манию при приеме антидепрессантов как расстройство настроения, вызванное употреблением психоактивных веществ, некоторые специалисты убеждены, что люди, испытывающие (гипо)манию в результате употребления лекарственных средств на самом деле имеют предрасположенность к перепадам настроения, свойственным биполярному спектру.

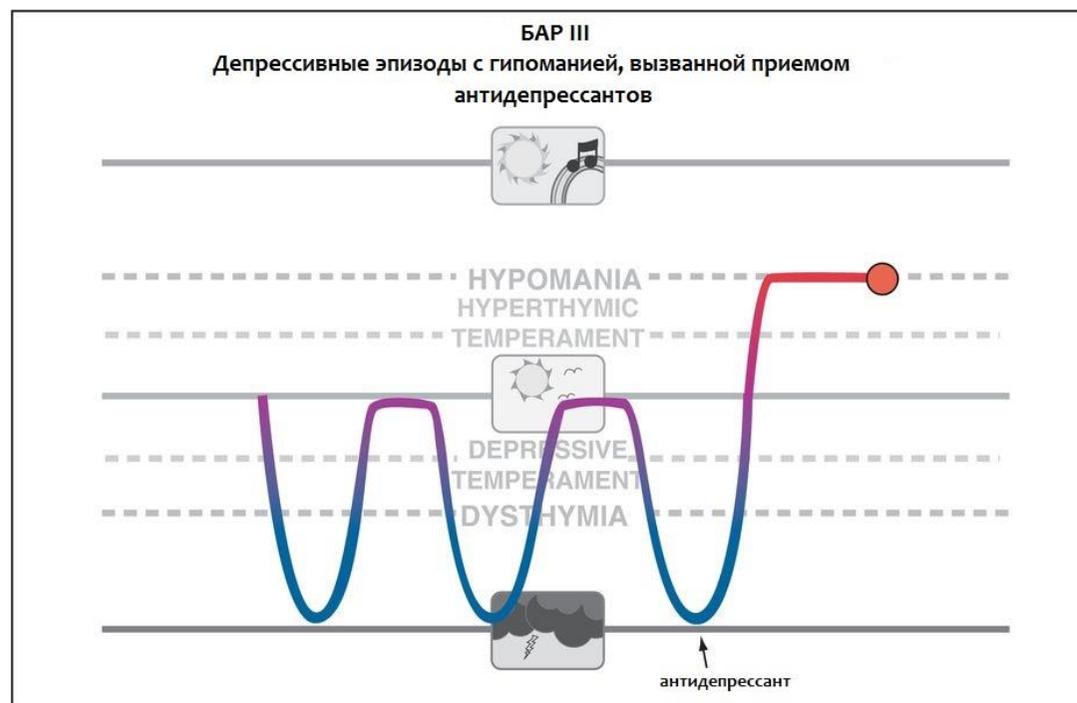
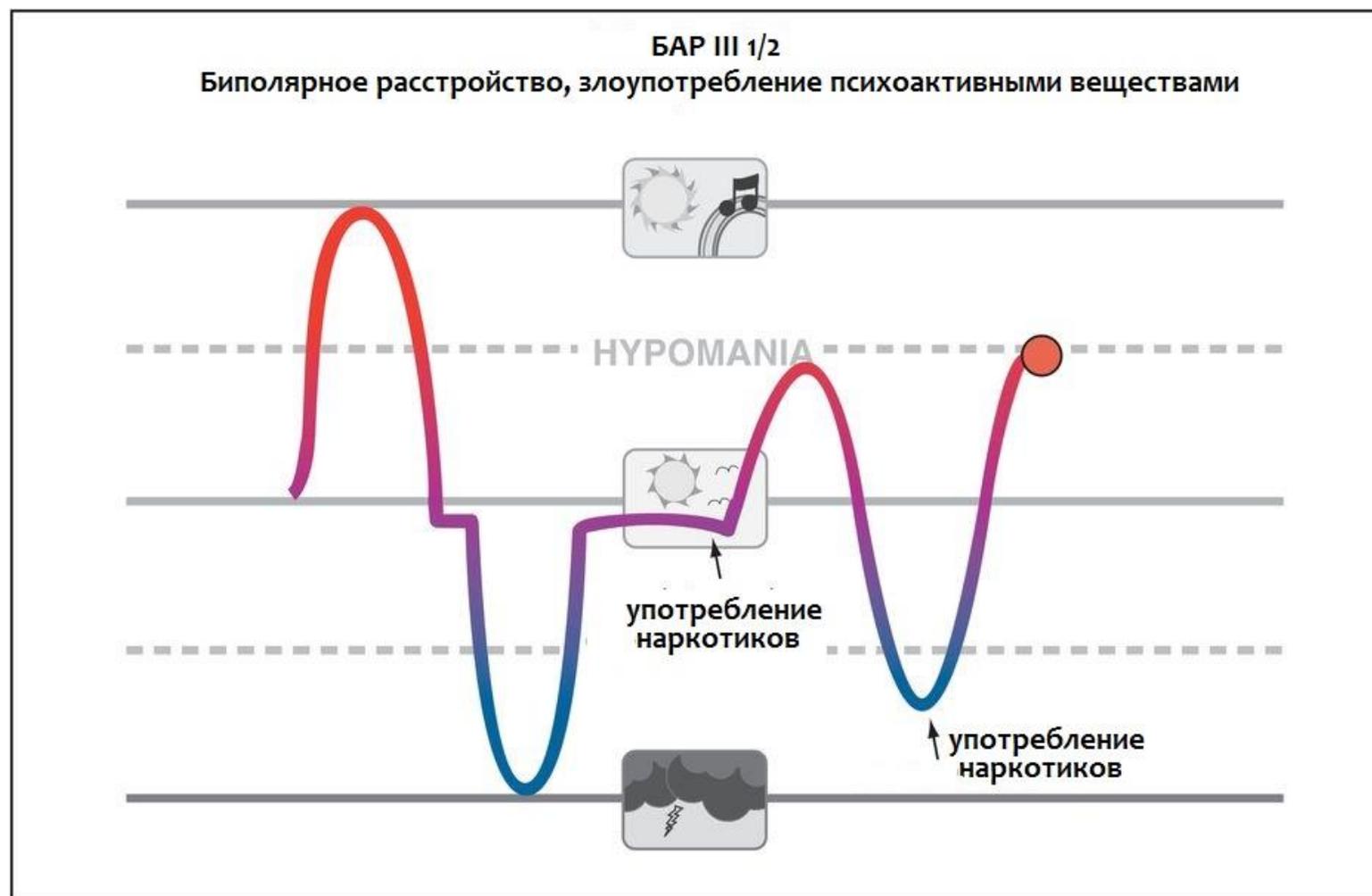


График 15

БАР III½ (3.5)

Этот вариант БАР III был назван БАР III½ для того, чтобы выделить тип аффективного расстройства, связанный с употреблением наркотических веществ. Некоторые из пациентов используют наркотические вещества для того, чтобы самостоятельно лечить депрессивные эпизоды, другие испытывают гипо(манию), вызванную приемом этих веществ. Такое сочетание БАР и наркотической зависимости приводит жизнь человека в хаос, и эта ситуация довольно часто встречается среди людей, страдающих от БАР, до того, как они обращаются за медицинской помощью. За такими пациентами нужно тщательное наблюдение, которое позволяет установить, возникают ли эпизоды (гипо)мании в отсутствие психоактивных веществ.

**График 16****БАР IV**

Биполярное расстройство IV типа связано с депрессивными эпизодами с сопутствующим гипертимным темпераментом (График 17). Пациенты с гипертимией часто оптимистичные, веселые, разговорчивые,

успешные люди, имеющие стабильные проявления темперамента в течение многих лет, неожиданно скатившиеся в тяжелую депрессию. В этих случаях специалистам необходимо быть внимательными к лечению таких случаев с помощью антидепрессантов и если пациент не отвечает на такой вид фармакотерапии, или у него развивается быстроциклическое течение, гипомания или смешанное состояние, таким пациентам показано лечение стабилизаторами настроения, несмотря на то, что отсутствует официальный диагноз биполярного расстройства. Люди с гипертимным темпераментом, которые проходят лечение с помощью антидепрессантов, имеют повышенный риск патологических колебаний настроения и хорошо отвечают на лечение с помощью стабилизаторов настроения.

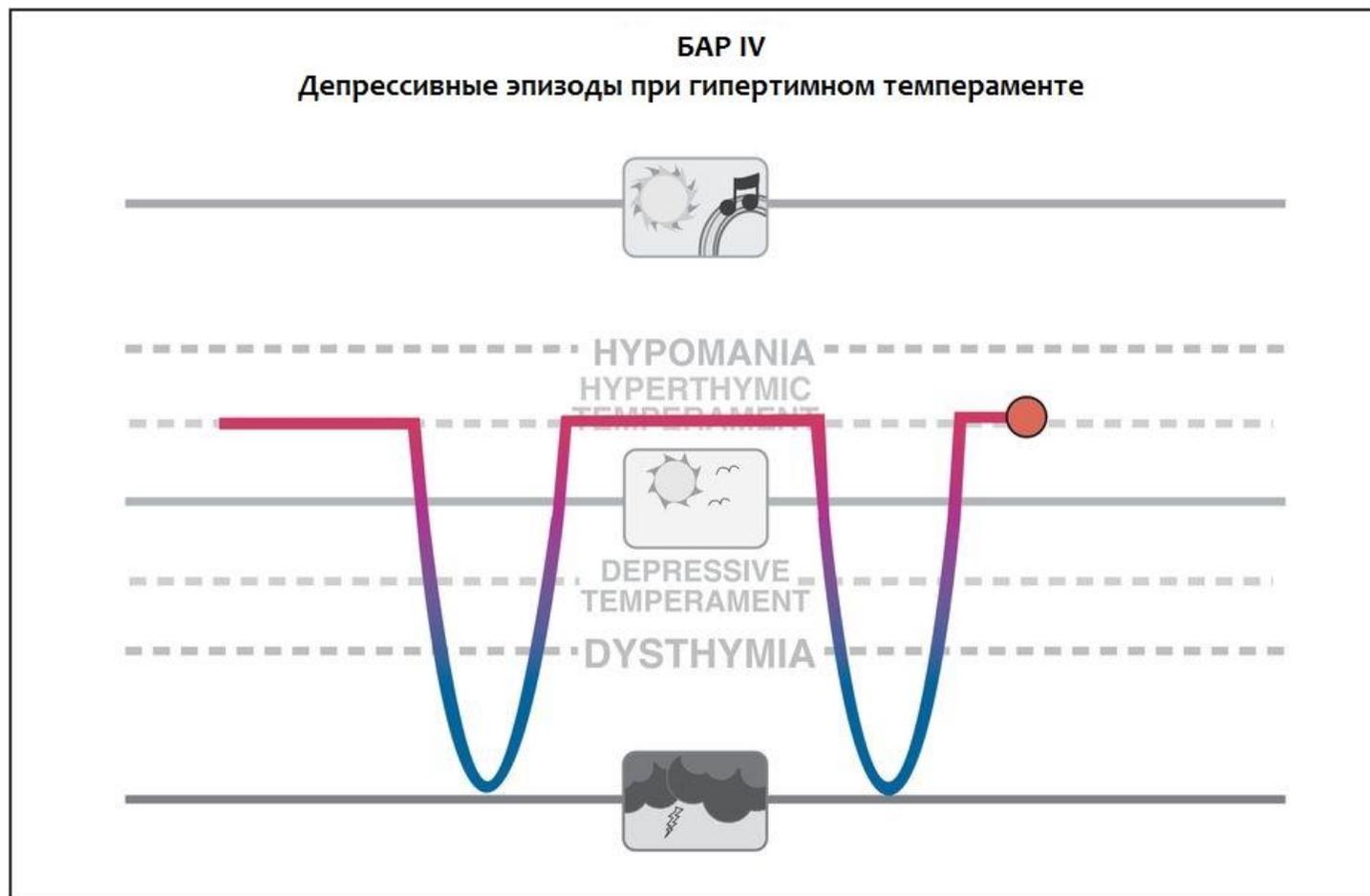


График 17

БАР V

Эта форма характеризуется депрессией со смешанной гипоманией. Формальные критерии диагностики смешанного состояния подразумевают развернутую манию и большой депрессивный эпизод, происходящие

одновременно, но в реальном мире пациенты часто испытывают только гипоманию или субсиндромальную гипоманию, или несколько маниакальных симптомов или же только легкие симптомы мании. Депрессия, существующая одновременно с развернутой гипоманией представлена на графике 6 и требует фармакотерапии с использованием стабилизаторов настроения, а не антидепрессантов.

БАР V определяется при наличии больших депрессивных эпизодов с гипоманиакальной симптоматикой, возникающей во время депрессии, но без присутствия отдельных гипоманиакальных эпизодов в картине болезни. Так как симптомы не достигают критерия для постановки диагноза “мания”, эти пациенты не могут рассматриваться как страдающие от развернутого смешанного эпизода, тем не менее у них проявляется смешанная симптоматика и их лечение требует стабилизаторов настроения.

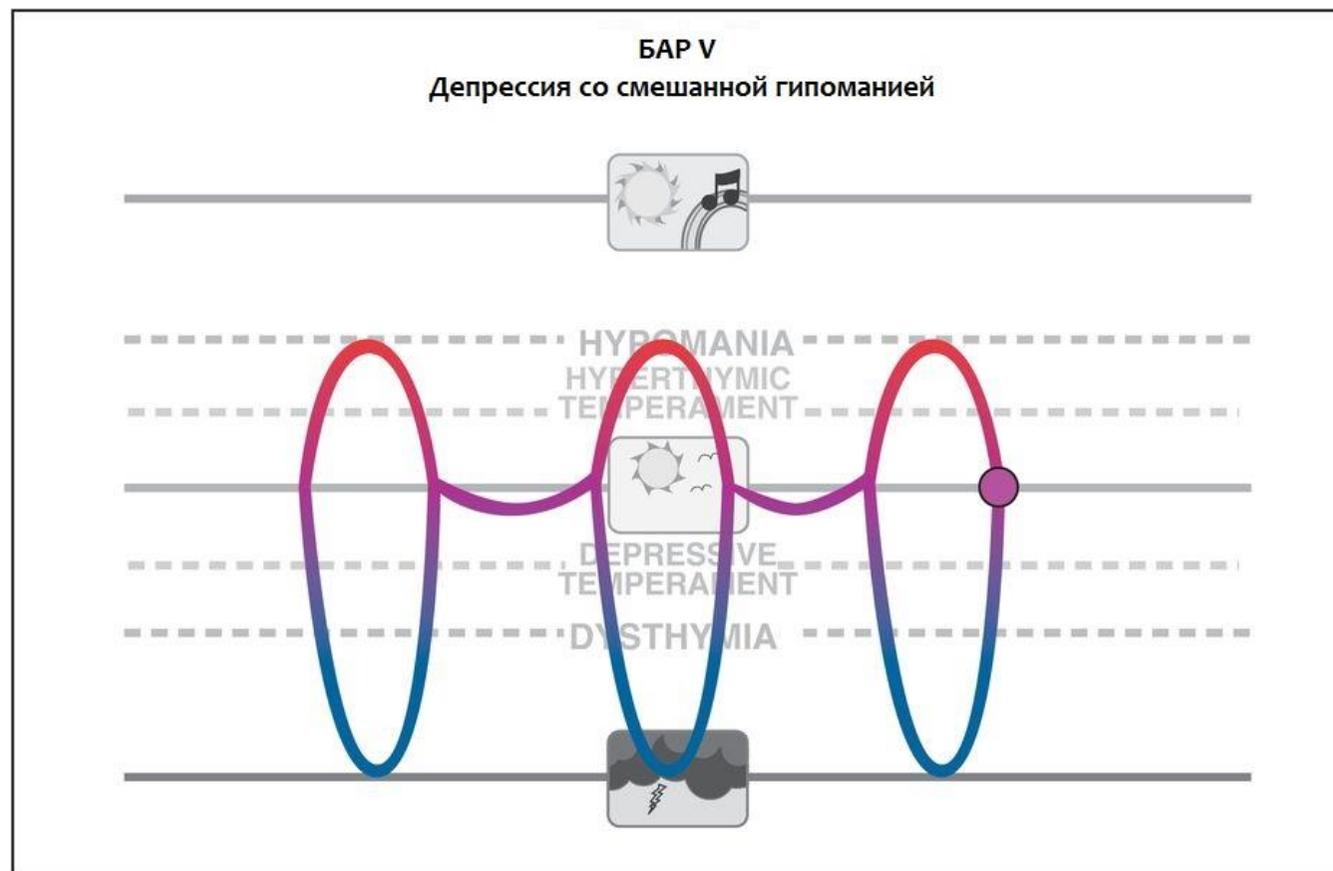


График 18

До сих пор ведутся дискуссии о том, стоит ли включать состояние, которое характеризуется сочетанием депрессии и подпорогового уровня гипомании в отдельную диагностическую категорию; некоторые специалисты уверены в том, что почти половина пациентов с большими депрессивными эпизодами имеют подпороговые эпизоды гипомании и это расстройство впоследствии может прогрессировать и развиваться в биполярное расстройство. Пациенты с депрессивными и подпороговыми гипоманиакальными эпизодами обычно имеют худший прогноз, больше эпизодов расстройств настроения, более склонны иметь родственников с манией или другими формами биполярного расстройств, у этих пациентов наблюдается более раннее начало депрессивных эпизодов.

У людей с депрессией и подпороговой гипоманией важнее всего обращать внимание на гиперактивность, а не на подъем настроения и продолжительность этого эпизода может быть не 4 дня, как необходимо для установления диагноза гипомании, а два дня.

Вопрос о том, могут ли эти пациенты лечиться только с помощью антидепрессантов (чтобы это не вызывало маниакальных эпизодов) или же им требуется лечение нормотимическими препаратами, литием и нейролептиками, до сих пор остается открытым.

Смешанные эпизоды

Сочетание депрессии со смешанной симптоматикой или подпороговым уровнем гипомании, может включать в себя другие формы расстройств настроения, которые не подпадают под формальные диагностические критерии, и варьируются от развернутых смешанных эпизодов (имеющих все диагностические критерии маниакального и депрессивного эпизодов) до депрессии с гипоманией или же только с некоторыми симптомами гипомании (см. выше).

Кроме того, другие комбинации тоже возможны. Мания и депрессия могут охватывать диапазон состояний от развернутой мании с некоторыми депрессивными симптомами (иногда эту категорию расстройств настроения называют “дисфорической манией”) до субсиндромальных и нестабильных состояний, характеризующихся

некоторыми симптомами мании и депрессии, но не подпадающие под стандартные диагностические критерии (Таблица 2).

Все эти состояния отличаются от униполярной депрессии и принадлежат к биполярному спектру; их необходимо лечить с помощью тех же психофармакологических препаратов, что и БАР I и II типа. Одно лишь то, что пациент испытывает симптомы депрессии, еще не значит, что его необходимо лечить антидепрессантами.

Пациенты со смешанными состояниями депрессии и мании особенно склонны к реакциям психомоторного возбуждения, дисфории, быстроциклического течения, гипомании, мании и суицидальным мыслям при лечении антидепрессантами, особенно без их сочетания со стабилизаторами настроения или нейрорептиками.

Таблица 2

Описание	Категория	Комментарии
DSM-IV, смешанный эпизод	Расстройство настроения	Достижение диагностического критерия развернутой мании и депрессии
Депрессия с гипоманией		БАР V
Депрессия с некоторыми маниакальными эпизодами		БАР неуточненного типа (NOS)
Мания с некоторыми депрессивными симптомами		Дисфорическая мания
Остаточные симптомы мании и депрессии		Продромальные симптомы или остаточные симптомы во время ремиссии

БАР VI

Представляет собой биполярность на фоне деменции. Биполярность может быть неверно отнесена к поведенческим симптомам деменции, а не описана как коморбидное расстройство настроения, которое надо лечить с помощью нормотимических препаратов и даже атипичных нейролептиков. Нестабильность настроения начинается в поздние периоды жизни, и сочетается с расстройствами внимания, раздражительностью, уменьшением сексуального влечения, и расстройствами сна. Эти проявления вначале могут быть диагностированы как наступление деменции или униполярной депрессии, но симптомы ухудшаются при приеме антидепрессантов и может быть получен хороший ответ на лечение стабилизаторами настроения (нормотимиками).

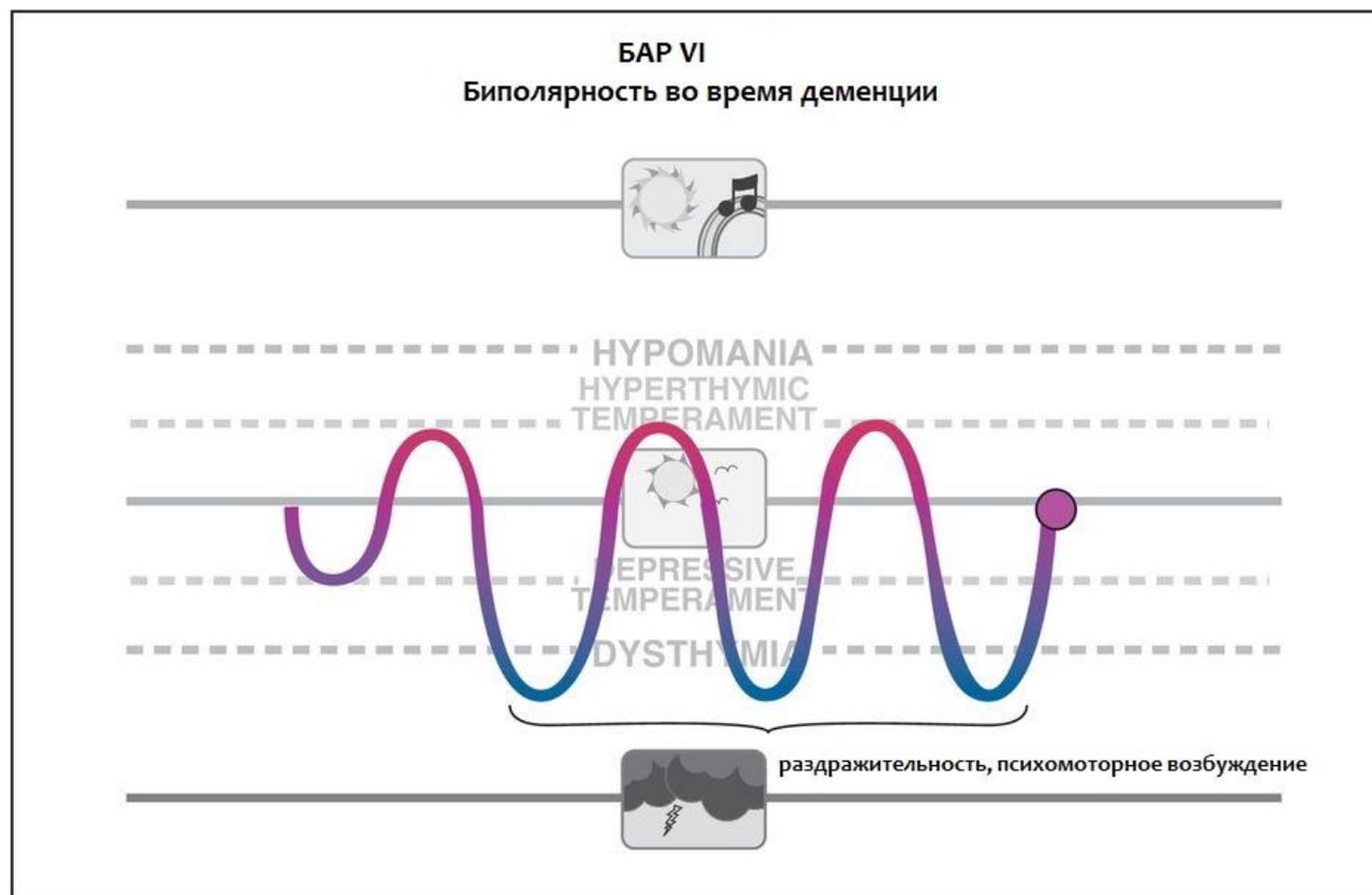


График 19

Как отличить биполярную депрессию от униполярной?

Очень важно уметь распознавать биполярный спектр у пациентов с униполярным депрессивным расстройством. Как это можно сделать? На самом деле, оба состояния часто имеют похожие симптомы, поэтому просто собрать анамнез, основанный на симптомах заболевания явно недостаточно. Ответ на этот вопрос состоит из двух частей, показанных в **таблице 3**.

“Кто твой отец?”
Какая у тебя семейная история? - Были ли расстройства настроения? - Госпитализации? - Суицидальные попытки? - Кто-то, кто принимал литий, нормотимики, нейролептики, антидепрессанты? - Кто-то, кто проходил сеансы электросудорожной терапии? Эти признаки могут говорить о том, что у вас есть родственники с униполярной депрессией или биполярным аффективным расстройством.
“Кто твоя мама?”
Врачу нужно получить дополнительную информацию о пациенте от близких людей, от матери или партнера, так как такие пациенты часто не замечают наступления мании и недооценивают ее симптомы.

“Кто твой отец?” – вопрос можно переформулировать в другой: “Какая у тебя семейная история?”. Это важно, так как наличие отца или матери с биполярным расстройством указывает на то, что человек тоже может иметь биполярное, а не униполярное расстройство. “Кто твоя мама?” означает “Я должен собрать дополнительную информацию от того, кто близок тебе”, так как пациенты часто недооценивают интенсивность маниакальных эпизодов, и человек, который может посмотреть на ситуацию со стороны (мать или супруг/супруга), часто описывает происходящее иначе, чем сам пациент. Такие сведения могут быть очень ценны и помогут правильно установить диагноз биполярного расстройства, который сам пациент отвергает или не хочет осознавать. Некоторые симптомы депрессии также могут указывать на ее биполярные корни (см. Таблицу 4)

Дополнительные указания на биполярность можно найти, если обратить внимание на начало развития расстройства, а также на его течение при отсутствии фармакотерапии: раннее появление первых симптомов, частота появления депрессивной симптоматики, более длительное течение депрессии, резкое проявления и ослабление симптомов.

Перед тем, как начали проявляться симптомы биполярности при использовании антидепрессантов, у таких пациентов может быть длинная история отсутствия улучшения от антидепрессантов, быстрое выздоровление, и активирующие влияние антидепрессантов: бессонница, психомоторное возбуждение, тревога. Несмотря на то, что никакие из описанных выше особенностей не могут однозначно указывать на биполярную депрессию, это важно иметь в виду для того, чтобы не пропустить проявления биполярности в картине расстройства, которое выглядит как униполярная депрессия.

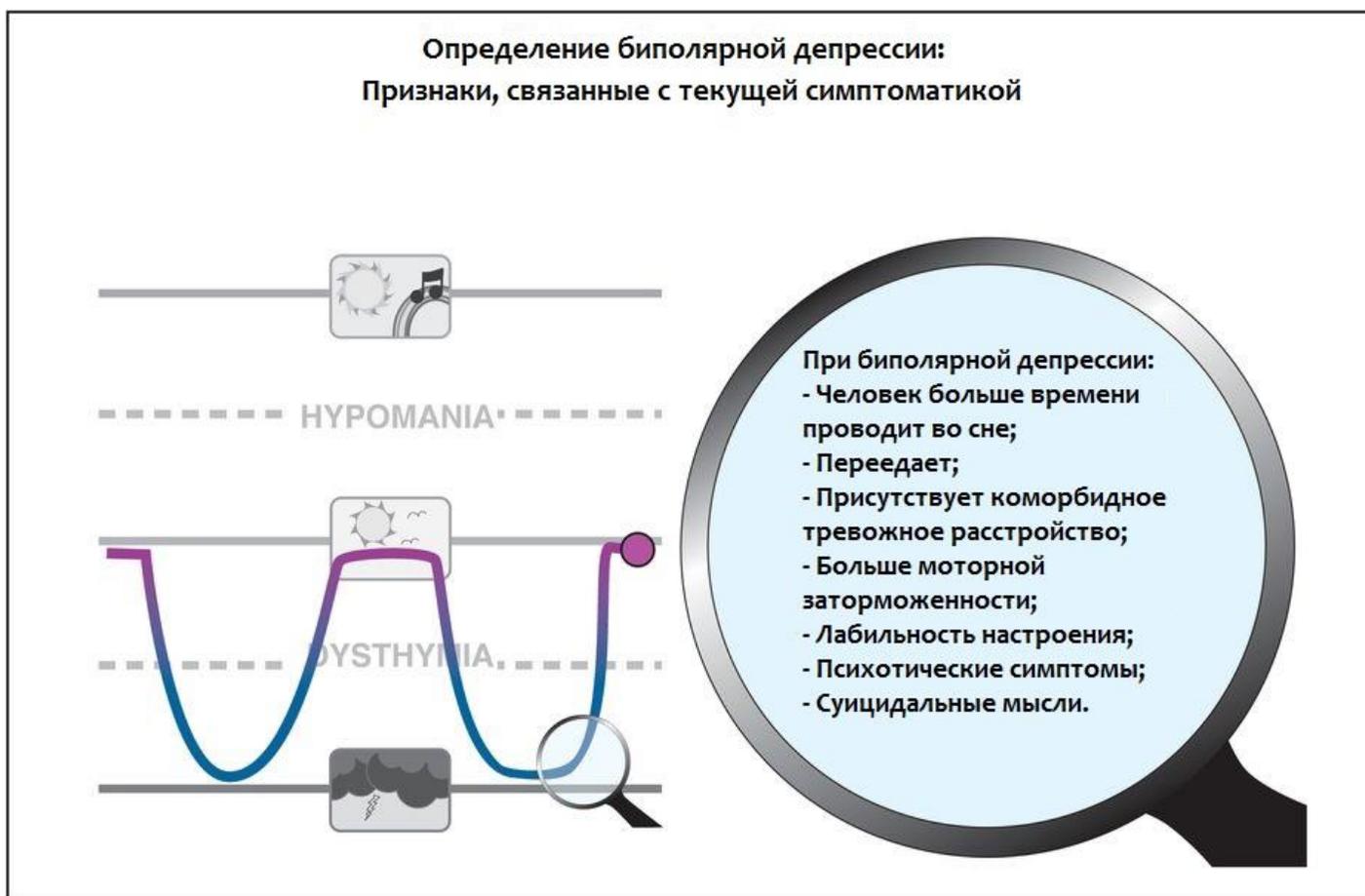


График 20. Симптомы биполярной депрессии. Несмотря на то, что все симптомы, характерные для большого депрессивного эпизода могут быть частью как униполярной, так и биполярной депрессии, некоторые симптомы чаще присутствуют у людей с биполярной депрессией, что является показательным для специалистов, которые не уверены в постановке правильного диагноза. Эти симптомы включают в себя: увеличение времени сна, переедание, коморбидное тревожное расстройство, психомоторное торможение, лабильность настроения во время эпизодов, психотические симптомы и суицидальные мысли.

Прогрессируют ли аффективные расстройства?

Вопрос о развитии депрессивного расстройства и его прогрессировании со временем так и остается открытым (График 22). Некоторые специалисты уверены, что существует большое количество пациентов, приходящих в психиатрические клиники, которые имеют биполярное расстройство, а не униполярную депрессию, особенно если сравнивать с 80-90 годами. Это происходит потому, что изменились диагностические критерии заболеваний? Или же униполярная депрессия прогрессирует в биполярное расстройство?

Многие расстройства настроения, не поддающиеся лечению, имеют компоненты биполярного расстройства, которые должны быть замечены специалистами, так как многие такие пациенты требуют фармакотерапии стабилизаторами настроения, нейролептиками, вместо антидепрессантов. Для тех пациентов, которым уже поставили диагноз биполярного расстройства, существует опасение, что расстройство будет прогрессировать, особенно без надлежащего лечения. Таким образом, отдельные маниакальные и депрессивные эпизоды могут прогрессировать в смешанные и дисфорические эпизоды, и далее в быстроциклическое течение, эмоциональную неустойчивость и резистентность к фармакотерапии.

Задача состоит в том, чтобы вовремя распознать униполярную и биполярную депрессию, не оставлять эпизоды без лечения в течение долгого времени и предотвращать прогрессирование в более сложные формы расстройства. На данный момент идея о прогрессировании расстройства остается недоказанной, но является весьма распространенной гипотезой среди специалистов,

занимающихся лечением расстройств настроения. Сегодня каждому психиатру приходится решать, брать ли “грех” на душу и применять консервативную фармакотерапию в рамках биполярного спектра и недолечить пациента, или же применить гипердиагностику и перелечить симптомы в надежде, что расстройство не будет прогрессировать далее.

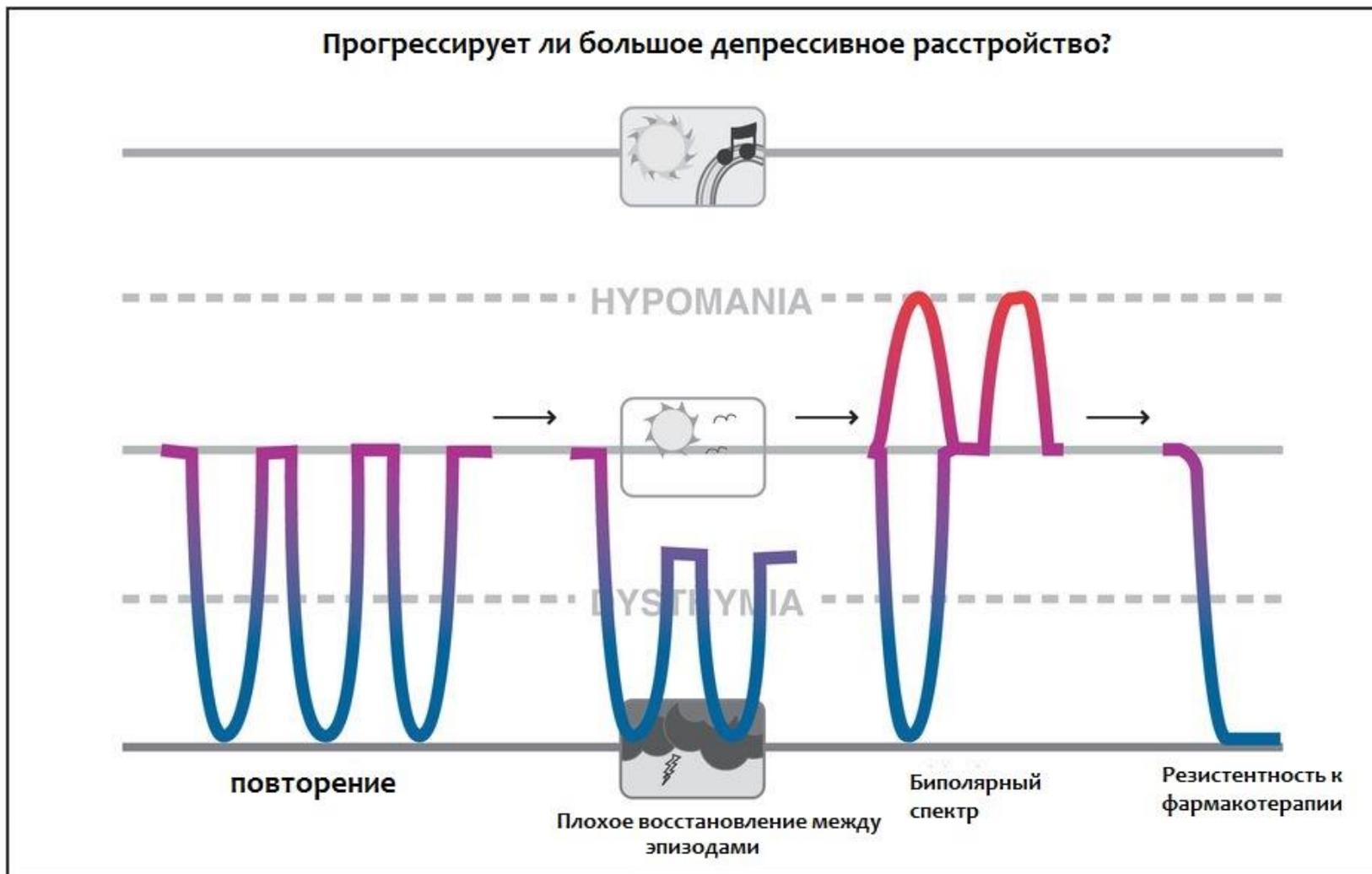


График 21.

Прогрессирует ли БАР? Есть некоторые доказательства того, что не леченные одиночные маниакальные и депрессивные эпизоды могут развиваться в смешанные и дисфорические эпизоды, в конечном итоге прогрессируя в быстроциклическое течение биполярного аффективного расстройства.

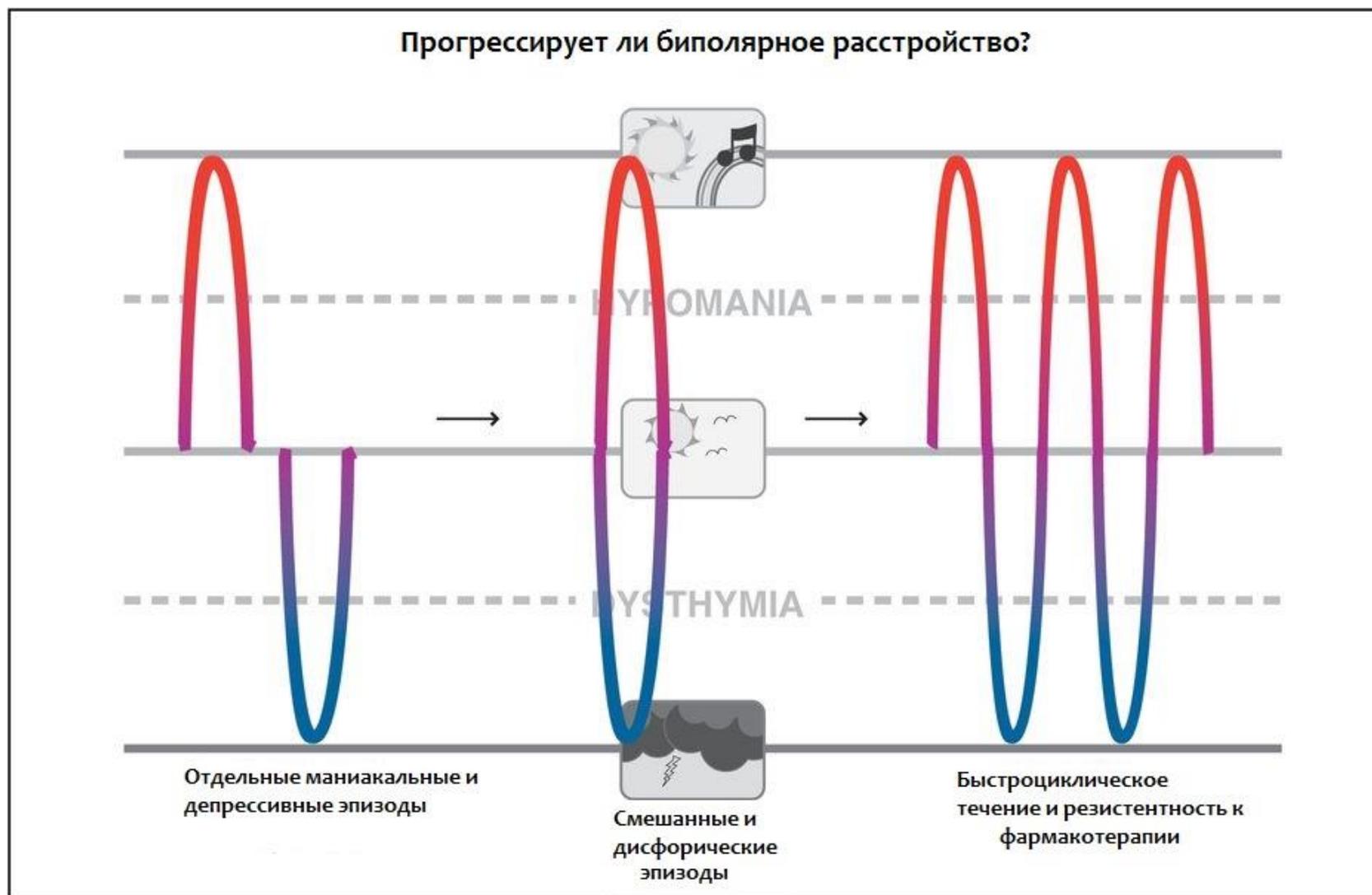


График 22

Источник:

Stahl, S. M. (2008). *Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge: Cambridge University Press. Forth Edition (2013); fragment of Chapter 6 (Mood Disorders).