



Модуль 2

Биполярное расстройство II типа

Задачи обучения

- По окончании этой презентации участники должны уметь:
 - Понимать сложности диагностики биполярного расстройства II типа и расстройств биполярного спектра
 - Распознавать факторы, которые могут приводить к ошибке в диагнозе
 - Пользоваться оценочными шкалами и знать характеристики больных, которые могут способствовать диагностике биполярного расстройства II типа
 - Распознавать коморбидные расстройства, связанные с биполярным расстройством II типа
 - Разъяснять больным с биполярным расстройством II типа принципы и особенности доступного для них лечения

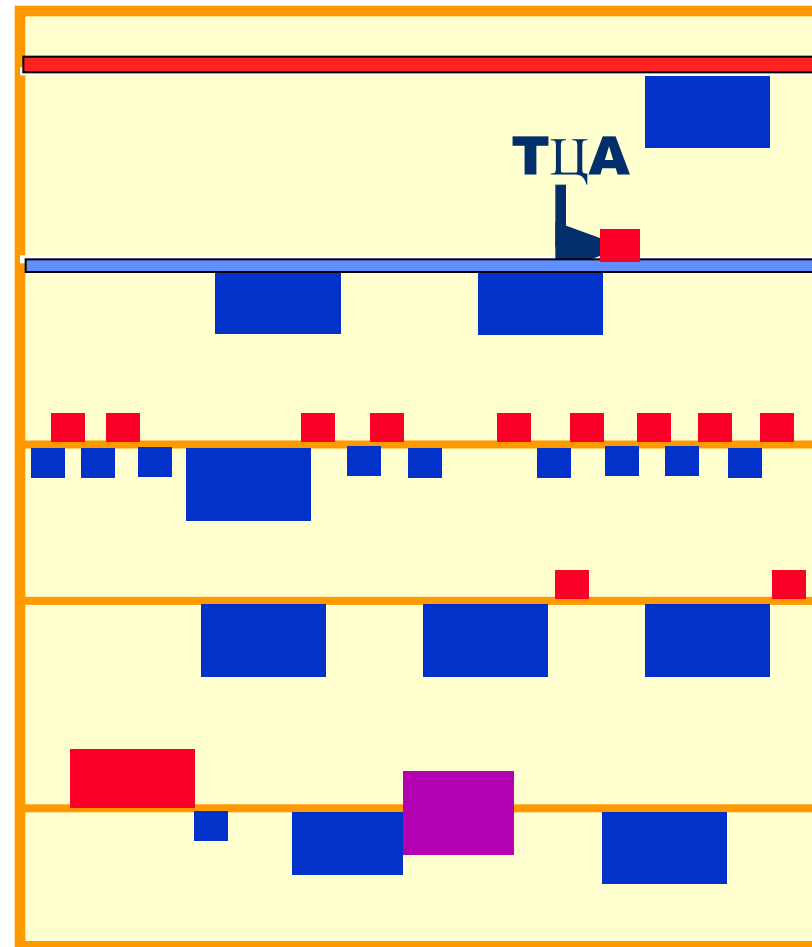
Биполярное расстройство по DSM-IV

Биполярное расстройство I типа	По крайней мере 1 маниакальный или смешанный эпизод Большие депрессивные эпизоды типичны, но не обязательны
Биполярное расстройство II типа	По крайней мере 1 гипоманиакальный эпизод (длительностью от 4 дней) и по крайней мере 1 большой депрессивный эпизод. Маниакальные эпизоды отсутствуют
Циклотимия	Продолжительные (> 2 лет) депрессивные и гипоманиакальные эпизоды Отсутствие большой депрессии или мании
Биполярное расстройство, NOS	Рекуррентная (повторяющаяся) или единичная короткая гипомания (> несколько часов, но <4 дней) Индукцированная лекарствами гипомания Гипомания индуцированная каким-либо веществом Рекуррентная депрессия (±семейный анамнез по мании / гипомании)

NOS – не уточненное

БИПОЛЯРНЫЙ СПЕКТР

БИПОЛЯРНЫЙ
СПЕКТР



Гипертимия и
депрессия

Фармакологическая
гипомания

Циклотимическая
депрессия

Депрессия и
гипомания

Мания

■ Депрессивный эпизод
■ Маниакальный эпизод
■ Смешанный эпизод

DSM-IV
Биполярные
расстройства
I-II типа

Клинические различия между биполярными расстройствами I и II типа

Клинический признак	Биполярное расстройство I типа	Биполярное расстройство II типа
Профиль симптомов	Более тяжелые симптомы Госпитализация в связи с манией	Менее тяжелые острые симптомы Меньше психотических признаков Вероятно преобладают депрессивные симптомы
Клиническое течение	Маниакальные или смешанные эпизоды и, обычно, депрессия	Гипомания и депрессивные эпизоды
Коморбидность	Больше сочетанных заболеваний, чем в общей популяции	Больше сочетанных заболеваний, чем в общей популяции
Склонность к инверсии фаз	Может быть реже, чем при биполярном расстройстве II типа	Может быть более частой, чем при биполярном расстройстве I типа

Judd L L, et al. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1322-1330

Vieta E, et al. Compr Psychiatry 1997;38:98-101

Kahn D, et al. Postgrad Med 2000 Apr; Spec No: 97-104



Bipolar Disorder: Improving Diagnosis, Guidance and Education

Гипомания (DSM-IV)

- **Повышенное, экспансивное/несдержанное или раздражительное настроение**
- **По крайней мере три дополнительных маниакальных симптома**
- **Продолжительность по меньшей мере 4 дня**
- **Изменения, заметные окружающим**
- **Отсутствие госпитализации и психотических симптомов**
- **Большая социальная или профессиональная состоятельность по сравнению с манией**
- **Развитие не вследствие прямых эффектов принятого вещества или общего медицинского состояния**

«Солнечная» сторона гипомании



- **Меньше времени на сон**
- **Больше побуждений и энергии**
- **Больше уверенности в себе**
- **Возросшая мотивация к работе**
- **Возросшая социальная активность**
- **Возросшая физическая активность**
- **Больше планов и идей**
- **Меньше робости, меньше «комплексов»**
- **Большая разговорчивость, чем обычно**
- **Чрезвычайно счастливое, сверхоптимистичное настроение**
- **Больше каламбуров, шуток, смеха**
- **Ускоренное мышление**

«ТЕМНАЯ» СТОРОНА ГИПОМАНИИ



- Больше перемещений, неосторожного вождения
- Возросшие расходы денег, необоснованные покупки
- Неосмотрительные шаги в бизнесе или инвестициях
- Повышенная раздражительность, нетерпеливость
- Лёгкая отвлекаемость внимания
- Повышенная потребность в сексе и интерес к нему
- Возросшее потребление кофе, сигарет
- Возросшее потребление алкоголя, наркотиков

БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО II ТИПА

- **Клинические характеристики:**
 - Депрессия – преобладающее расстройство настроения
 - Хроническое течение с высокой частотой эпизодов
 - Высокий риск суицидального поведения
 - Высокая частота быстроциклического течения
 - Высокая частота коморбидных расстройств (например, тревожных, фобических, токсикомании и т.д.)
 - Семейный анамнез отягощен биполярными расстройствами
 - Диагностическая стабильность
- Пациенты с биполярным расстройством проводят 33% времени в состоянии депрессии в сравнении с 11% – в маниакальном

Распространённость биполярного расстройства II типа (%)

Тип расстройства	DSM-IV	«Жесткие» Цюрихские критерии	«Мягкие» Цюрихские критерии
Биполярное I типа	0.55	0.55	0.55
Биполярное II типа	1.10	5.30	11.00
Малое биполярное расстройство	-	3.20	9.40
Гипомания	1.50	3.30	3.26
Всего	3.15	12.35	24.21

Жесткие критерии, гипомания с последствиями

Мягкие критерии, гипоманиакальные симптомы без последствий

Воспроизведено с разрешения

Angst J, et al. World Psychiatry 2002;1:146-148



Диагностические соображения

Диагноз

- Не существует лабораторных исследований, имеющих практическую клиническую ценность
 - Нормальные результаты анализов крови, КТ/МРТ и ЭЭГ
- Диагноз основывается на клинической оценке, подкрепленной использованием скрининговых инструментов и диагностических шкал
- Корректность диагноза зависит от тщательного выявления эпизодов гипомании

Факторы, обуславливающие гиподиагностику

- Критерии диагностики гипомании по DSM-IV являются чересчур строгими, требуя наличия развернутой маниакальной симптоматики в течение не менее 4-х дней
- В то время как средняя продолжительность гипомании – 1-3 дня
- Как правило, сами пациенты не осознают наличие у себя гипомании
 - Не воспринимая данное состояние как болезненное, а, наоборот, считая его нормальным или желательным
 - Члены семьи чаще распознают симптомы гипомании, чем сами больные
- Наибольшее число случаев неправильной диагностики бывает при наличии больших депрессивных эпизодов
 - 30–50% случаев большого депрессивного расстройства на самом деле относятся к биполярному расстройству II типа
- Частичное перекрывание симптомов в силу высокого уровня коморбидности с другими психическими расстройствами также затрудняет диагностику

Систематический скрининг гипоманиакальных эпизодов улучшает диагностику

- Обследовано 537 пациентов с большим депрессивным расстройством
- При первом визите у 22% пациентов выявлено биполярное расстройство II типа
- При втором визите, месяц спустя, на основании систематического скрининга гипомании у 40% пациентов выявлено биполярное расстройство II типа

Зачем необходим скрининг при выявлении биполярного расстройства?

- Период между первым обращением за помощью и установлением правильного диагноза может составлять
 - У 50% пациентов >5 лет (из них у 35% >10 лет)¹
 - В 2/3 случаев до момента установления правильного диагноза пациента обследуется у 4-х врачей¹
- Высокий суицидальный риск
 - Суицидальные попытки – у 25–50% пациентов²
 - Завершенные суициды – у 17–19% пациентов³
- Течение заболевания может ухудшаться в результате назначения антидепрессантов (так как депрессия является наиболее клинически выраженным состоянием) без стабилизаторов настроения⁴

1. Hirschfeld RM, et al. J Clin Psychiatry 2003;64:161-174

2. Goodwin FK, Jamison KR. 1990 Suicide. In: *Manic-Depressive Illness* Oxford University Press Inc., New York: 227-244

3. Yatham LN, et al. Bipolar Disord 2005;7(Suppl.3):5-69

4. El-Mallakh RS, et al. Psychiatr Serv 2002;53:580-584

Дифференциальная диагностика и скрининг при выявлении биполярного расстройства II типа

- Самоопросник гипомании / Hypomania checklist (HCL-32)
 - Самоопросник, состоящий из 32 пунктов, предназначенный для выявления гипоманий у амбулаторных пациентов
- Самоопросник «расстройства настроения» /Mood Disorder Questionnaire (MDQ)
 - Самоопросник, направленный на выявление эпизодов мании/гипомании в анамнезе
 - Состоит из 13 пунктов с вариантами ответов да/нет, составленных как с учетом критериев DSM-IV, так и на основе клинического опыта
 - 7 и более баллов указывают на наличие мании/гипомании
 - Так же дает возможность оценить связанное с заболеванием нарушение функционирования
- Оценочная шкала «расстройства биполярного спектра» / Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)
 - Описательная шкала позволяющая оценить самые трудноуловимые симптомы биполярного расстройства
 - Чувствительная и специфичная шкала для оценки биполярного расстройства, в том числе II типа

Angst J, et al. J Affect Disord 2005;88:217-233

Hirschfeld RM, et al. Am J Psychiatry 2000;157:1873-1875

Ghaemi NS, et al. J Affect Disord 2005;84:273-277



Биполярное расстройство II типа. Коморбидность.

Коморбидность биполярного расстройства по DSM-IV

- Коморбидность:
 - Общая 65%
 - Тревожные расстройства 42%
 - Злоупотребление психоактивными веществами 42%
 - Расстройства пищевого поведения 5%
- Нет разницы в частоте и типе коморбидности в зависимости от типа биполярного расстройства - I или II по DSM IV
- Выявляется связь коморбидности с ранним началом, быстрой сменой фаз и с более тяжелыми фазами

Коморбидность расстройств биполярного спектра

Коморбидные расстройства	% пациентов	
	DSM-IV	Расстройства биполярного спектра
Паническое расстройство/агорафобия	8	20
Обсессивно-компульсивное расстройство	10	50
Социофобия	7	15
Генерализованное тревожное расстройство	2	3
Булимия	23	87
Дисморфофобия	12	45
Расстройства контроля импульсов	35	96
Употребление наркотиков	15	45
Злоупотребление алкоголем	8	39
Пограничное личностное расстройство	30	75

DSM-IV биполярное расстройство, гипомания /мания длительностью более >4 дней

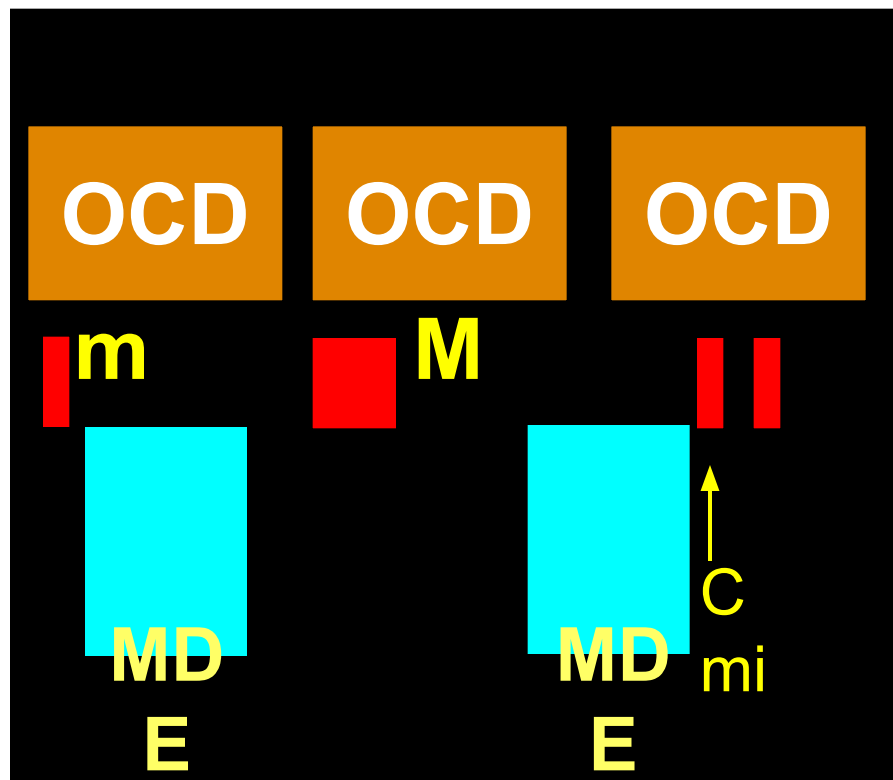
Расстройства биполярного спектра: DSM-IV + темперамент + лекарственные гипомании + гипомании длительностью <4 дней

ГТР; генерализованное тревожное расстройство + депрессия

Клиническое значение психиатрической коморбидности

- Коморбидность затрудняет установление диагноза
 - Перекрывание симптомов затрудняет дифференциальную диагностику
 - Сопутствующие диагнозы
- Терапия коморбидных психических расстройств может негативно влиять на течение биполярного расстройства
 - Необходимо избегать «дестабилизирующей» терапии
 - Учитывать возможные лекарственные взаимодействия

Коморбидность биполярного расстройства с ОКР



М-мания; m-гипомания; Cmi-кломипрамин

БР – биполярное расстройство

МДЕ – большой депрессивный эпизод

ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство

- 68 больных, с двумя диагнозами по DSM-IV – ОКР и «большой депрессивный эпизод»
- У 55.8% обнаружено коморбидное биполярное расстройство (из них у 68.4% БР-II)
- ОКР, ассоциированный с БР
 - Эпизодический тип течения с преобладанием больших депрессий
 - Чаще встречаются обсессии религиозного и сексуального содержания
 - Чаще осложняется злоупотреблениями психоактивными веществами и паническими атаками
 - Терапия СИОЗС и кломипрамином часто приводит к смене фазы на маниакальную
 - Хуже прогноз

Коморбидность биполярного расстройства с паническим расстройством

- Частота коморбидности биполярного расстройства и ПР в клинических выборках течения жизни варьирует от 10 до 35%
- Во внеклинических выборках коморбидность БР-ПР также варьирует от 20% до 35%
- Наиболее часто сочетание биполярного и панического расстройства встречается у детей и подростков
- Паническое расстройство часто встречается в семьях с отягощенной наследственностью по БР (особенно II типа)
- Члены семей с высокой отягощенностью по паническому расстройству так же имеют высокую частоту встречаемости быстрой смены (гипо)маниакальных и депрессивных фаз
- Коморбидность с ПР влияет на результат терапии БР литием и атипичными антипсихотиками

ПР – паническое расстройство; БР – биполярное расстройство

MacKinnon DF, Zamoiski R. Bipolar Disord 2006;8:648-664



Случаи, при которых затруднена диагностика биполярного расстройства II типа

Клиническая картина биполярного расстройства II типа

- Анамнез жизни и семейный анамнез
 - Высокая частота приступов, особенно депрессии
 - Высокий риск суицидального поведения
 - Неустойчивость настроения
 - Наличие в анамнезе гипоманиакальных приступов или пожизненной циклотимии
 - Повышенный уровень сопутствующих расстройств (например тревога, токсикомания)
 - Привлекательная или яркая внешность
 - Насыщенная событиями биография
 - Повышенный риск биполярного расстройства II типа и нарушений настроения среди родственников

Akiskal H, et al. Arch Gen Psychiatry 1979;36:635-643
Himmelhoch JM, et al. Am J Psychiatry 1991;148:910-916
Perugi G, et al. Psychiatr Clin North Am 2002;25:713-737
Benazzi F. Psychopathology 2001;34:81-84

Клиническая картина биполярного расстройства II типа

- Депрессия
 - Гиперсомническая и гиперфагическая
 - Реактивность и смена настроения
 - Депрессия, сопровождающаяся тревогой
 - Анергично-гиперсомническая (атипичная) депрессия
 - Раздражительно-лабильная депрессия («пограничная»)
 - Смешанное депрессивное состояние
 - Психотическая депрессия
 - Ступор
 - Препубертатная депрессия
 - Большая депрессия в подростковом (юношеском) возрасте
 - Послеродовое начало

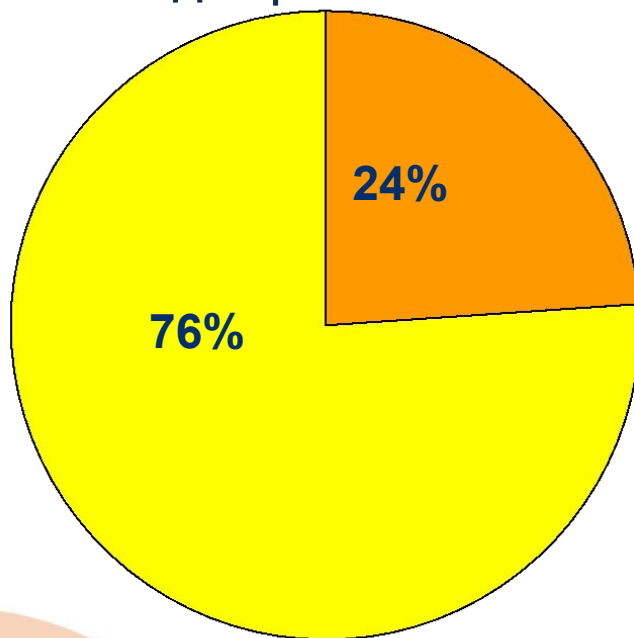
Akiskal HS, et al. Arch Gen Psychiatry 1979;36:635-643; Himmelhoch JM, et al. Am J Psychiatry 1991; 148:910-916; Perugi G, et al. Psych Clin North Am 2002;25:713-737; Benazzi F, Psychopathology 2001;34:81-84; Geller B, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1168-1176; Akiskal HS, et al. J Affect Disord 1983;5:115-128

Клиническая картина биполярного расстройства II типа

- **Реакция на прием антидепрессантов**
 - Устойчивость к антидепрессантам
 - Фармакологическая гипомания (инверсия фазы)

Депрессивные симптомы могут маскировать гипоманию

Доля случаев со смешанной симптоматикой гипомании и депрессии



■ Чистая гипомания ■ Смешанная гипомания

- Сосуществование депрессивных симптомов является обычным у пациентов, страдающих биполярным расстройством с гипоманией в клинической картине
- Смешанная гипомания наблюдается в 76% случаев у пациентов с биполярным расстройством II типа
- Смешанная гипомания определяется при количестве баллов по YMRS ≥ 12 и по IDS-C ≥ 15
- У женщин более высокая предрасположенность к появлению симптомов депрессии на фоне гипомании, чем у мужчин ($p < 0.001$)

YMRS – Young Mania Rating Scale (Шкала оценки мании Янга)
IDS-C, Inventory for Depressive Symptomatology-Clinician Rated
(Описание симптоматики депрессии – клиническая оценка)

Suppes T, et al. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1089-1096

Пограничное расстройство личности

- Разграничение пограничных личностных расстройств и биполярного расстройства может вызвать определённые трудности
- Существует значительное совпадение симптомов между этими двумя расстройствами, особенно важное для дифференциации циклотимии и пограничных состояний
- Граница между биполярным расстройством и пограничным личностным расстройством четко не определена

Симптомы пограничного личностного расстройства (DSM-IV)

- Попытки избежать реальной или воображаемой возможности быть лишенным внимания близких
- Нестабильные и напряжённые межличностные отношения
- Нарушение психического идентичности личности
- Импульсивность
- Повторяющееся время от времени суицидальное или самоповреждающее поведение
- Эмоциональная неустойчивость, значительная реактивность настроения
- Хронические ощущения духовной пустоты
- Гнев, враждебность
- Преходящие, связанные со стрессом, параноидные идеи или тяжёлые диссоциативные симптомы

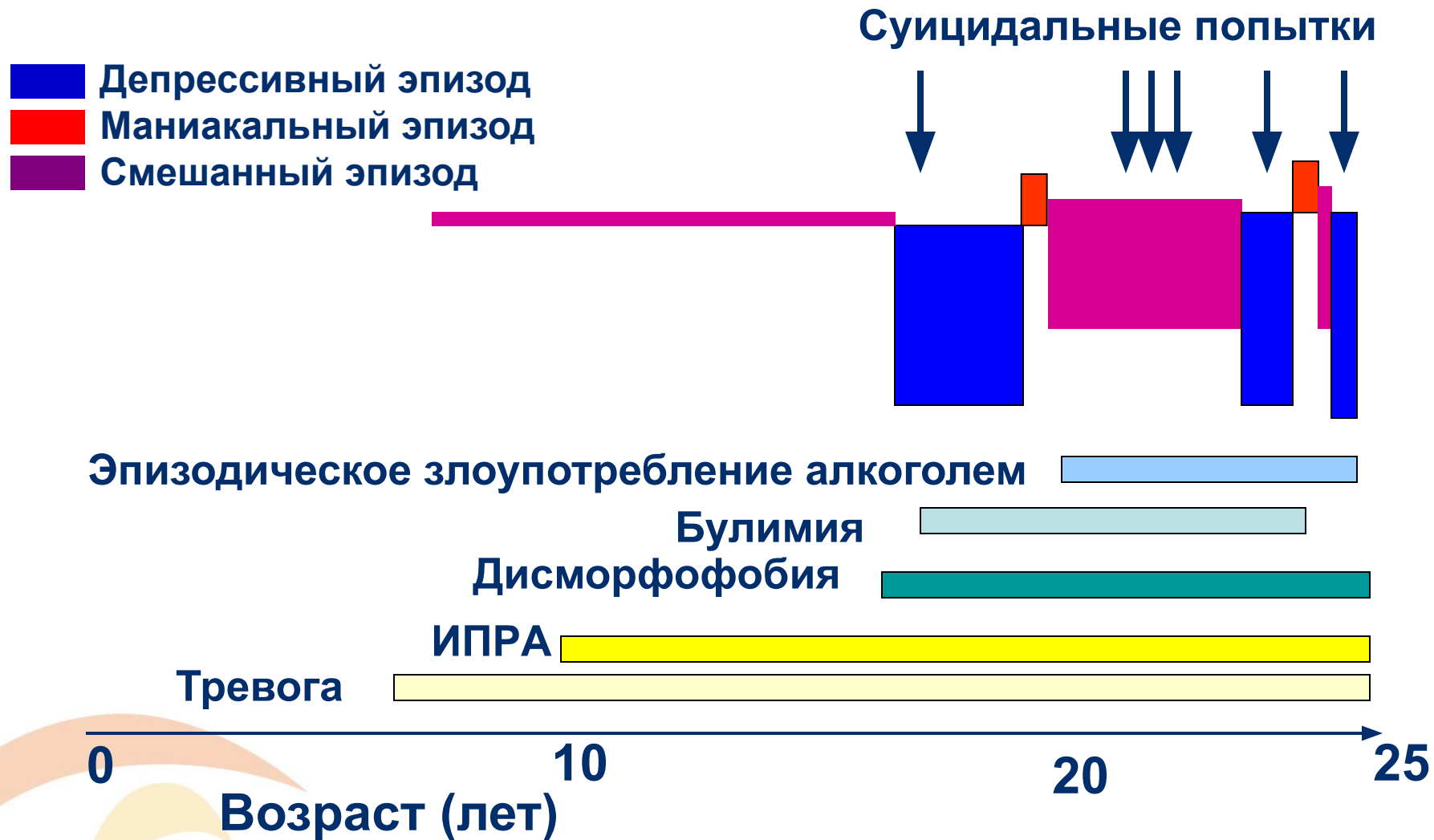
Принадлежат ли пациенты с пограничным личностным расстройством к больным биполярного спектра?

Уровень биполярности	Доля пациентов, %
Спонтанная мания	12.5
Спонтанная мания и/или гипомания	31.5
Спонтанная мания и/или гипомания и/или циклотимический темперамент	43.8
Спонтанная мания и/или гипомания и/или циклотимический темперамент и/или положительная реакция на стабилизаторы настроения	68.8
Спонтанная мания и/или гипомания и/или циклотимический темперамент и/или положительная реакция на стабилизаторы настроения и/или биполярное расстройство в семейном анамнезе	81.3



Клинические случаи

Анамнез болезни 1



ИПРА – изолированное паническое расстройство с агорафобией

Анамнез болезни 2

- Женщина 26-летнего возраста
- Первый большой депрессивный эпизод в возрасте 16 лет
- 5 суицидальных попыток, 6 госпитализаций в психиатрические отделения и самоповреждающее поведение
- Выставлялось 4 различных диагноза во время госпитализаций
- Некомплайентность в плане приема лекарств и злоупотребление алкоголем
- Невозможность трудиться в течение более 3 лет
- Использование антидепрессивной терапии
- 3 проведенных курса психотерапии
- Текущая терапия: 8 психотропных средств (3 антидепрессанта, 2 антипсихотика, 3 седативных препаратов)

Анамнез болезни 2

(продолжение)

- Новый диагноз: биполярное расстройство II типа
- Новый курс терапии
 - Отмена всех ранее применявшихся психотропных средств
 - Новые назначения: вальпроат (900 мг), оланзапин (2,5 мг)
- Прогрессирующее улучшение
- Ремиссия по истечении 6 месяцев



Лечение больных с биполярным расстройством II типа

Цели терапии биполярных расстройств

Фаза	Цели
Острая депрессия	Достижение ремиссии при большом депрессивном расстройстве и возврат пациента к доболезненному уровню психосоциального функционирования Исключение провоцирования маниакального (гипоманиакального) эпизода
Профилактика	Предупреждение рецидивов и хронического течения болезни Редукция подпороговых (субсиндромальных) симптомов Предупреждение суицидального риска Предупреждение быстрых циклов или постепенного нарастания неустойчивости настроения Улучшение общего функционирования

BRIDGE

Bipolar Disorder: Improving Diagnosis, Guidance and Education

Фармакотерапия биполярного расстройства II типа

- Данные нерандомизированного, двойного слепого, плацебо–контролируемого исследования (НРСПИ), включавшего только пациентов с биполярным расстройством II типа
 - Больные с биполярным расстройством II типа с множественной коморбидностью или сложной клинической картиной исключены из анализа в НРСПИ
 - Лекарственные средства:
 - Антидепрессанты (в сочетании со стабилизаторами настроения)
 - СИОЗС и бупропион* имеют преимущество перед СИОЗСиН и ТЦА
 - Стабилизаторы настроения
 - литий, вальпроат, ламотриджин
 - Атипичные антипсихотики
 - комбинация оланзапина и флуоксетина*
 - Кветиапин (исследование Bolder)
- *не лицензирован в Европейских странах**

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; СИОЗСиН – ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина; ТЦА – трициклические антидепрессанты

Поддерживающая фармакотерапия для предупреждения биполярной депрессии

- Мета–анализ эффективности противорецидивной терапии депрессивного эпизода у больных с биполярным расстройством
- Данные анализа 12 подходящих исследований эффективности поддерживающей терапии (n=1845)
- Стабилизаторы настроения
 - Карбамазепин
 - Ламотриджин
 - Литий
 - Дивальпрокс
- Атипичные антипсихотики
 - оланзапин (только в качестве дополнения)

Профилактика биполярной депрессии

Изучение степени риска рецидива вследствие развития депрессивного эпизода

Ламотриджин

Calabrese, 2003 (57/165 47/119)

Bowden, 2003 (8/58 21/69)

Промежуточный итог

Литий

Kane et al, 1982 (1/4 4/7)

Calabrese, 2003 (46/120 47/119)

Bowden, 2003 (10/44 21/69)

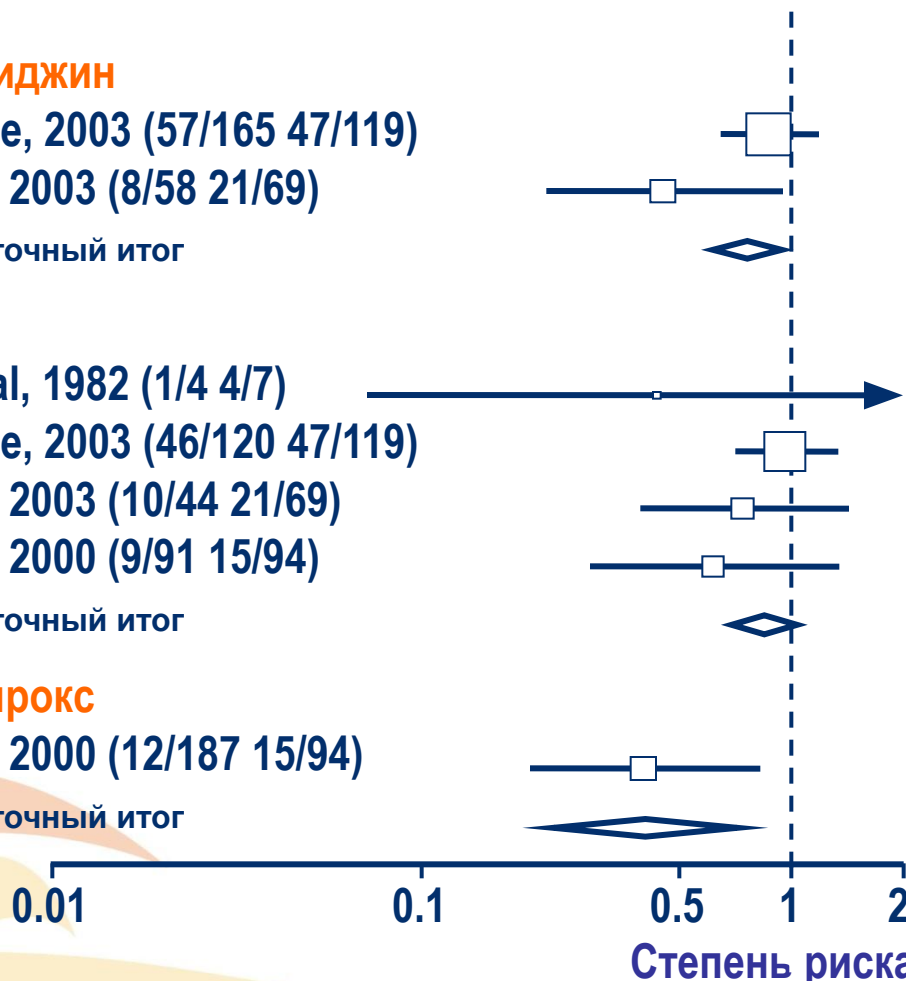
Bowden, 2000 (9/91 15/94)

Промежуточный итог

Дивальпрокс

Bowden, 2000 (12/187 15/94)

Промежуточный итог



Степень
риска
(95% ДИ)

Удельный
вес, %

Степень риска

Польза активного препарата

Польза плацебо

BRIDGE

Bipolar Disorder: Improving Diagnosis, Guidance and Education

ДИ – доверительный интервал

Young A, et al. Bipolar Disord 2007

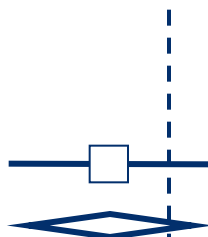
Другие стабилизаторы настроения в сравнении с литием – профилактика депрессии

Изучение степени риска рецидива вследствие развития депрессивного эпизода

Карбамазепин

Griel, 1997 (22/74 27/70)

Промежуточный итог



Степень риска
(95% ДИ)

Удельный
вес, %

0.77 (0.49, 1.22)

100.0

0.77 (0.49, 1.22)

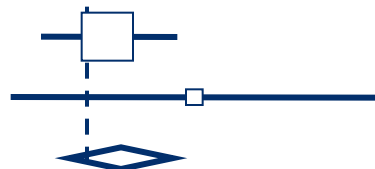
100.0

Ламотриджин

Calabrese, 2003 (46/120 57/165)

Bowden, 2003 (10/44 8/58)

Промежуточный итог



1.11 (0.81, 1.51)

87.4

1.65 (0.71, 3.83)

12.6

1.18 (0.88, 1.57)

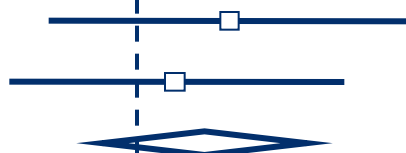
100.0

Дивальпрокс

Bowden, 2000 (9/91 12/187)

Calabrese, 2003b (11/32 8/28)

Промежуточный итог



1.54 (0.67, 3.52)

47.9

1.20 (0.56, 2.56)

52.1

1.37 (0.78, 2.39)

100.0

0.1

0.5

1

2

5

Степень риска

Польза лития

Польза прочих нормотимиков

 **BRIDGE**

Bipolar Disorder: Improving Diagnosis, Guidance and Education

ДИ – доверительный интервал

Young A. et al. Bipolar Disord 2007

Отмена терапии, обусловленная нежелательными явлениями в сравнении с литием – степень риска

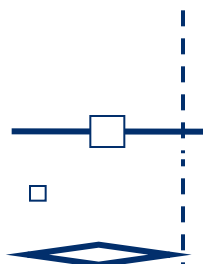
Изучение степени риска

Карбамазепин

Griel, 1997 (4/74 9/70)

Coxhead, 1992 (0/16 2/15)

Промежуточный итог



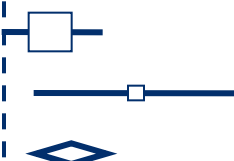
Степень риска (95% ДИ)	Удельный вес, %
0.42 (0.14, 1.30)	78.2
0.19 (0.01, 3.63)	21.8
0.37 (0.13, 1.06)	100.0

Ламотриджин

Calabrese, 2003 (19/121 20/221)

Bowden, 2003 (11/46 3/59)

Промежуточный итог



1.74 (0.96, 3.12)	84.3
4.70 (1.39, 15.88)	15.7
2.20 (1.31, 3.70)	100.0

Дивальпрокс

Bowden, 2000 (20/91 25/187)

Calabrese, 2003 (5/32 1/28)

Промежуточный итог



1.64 (0.97, 2.80)	93.9
4.38 (0.54, 35.24)	6.1
1.81 (1.08, 3.03)	100.0

0.001

0.1

0.5

1

2

10

20

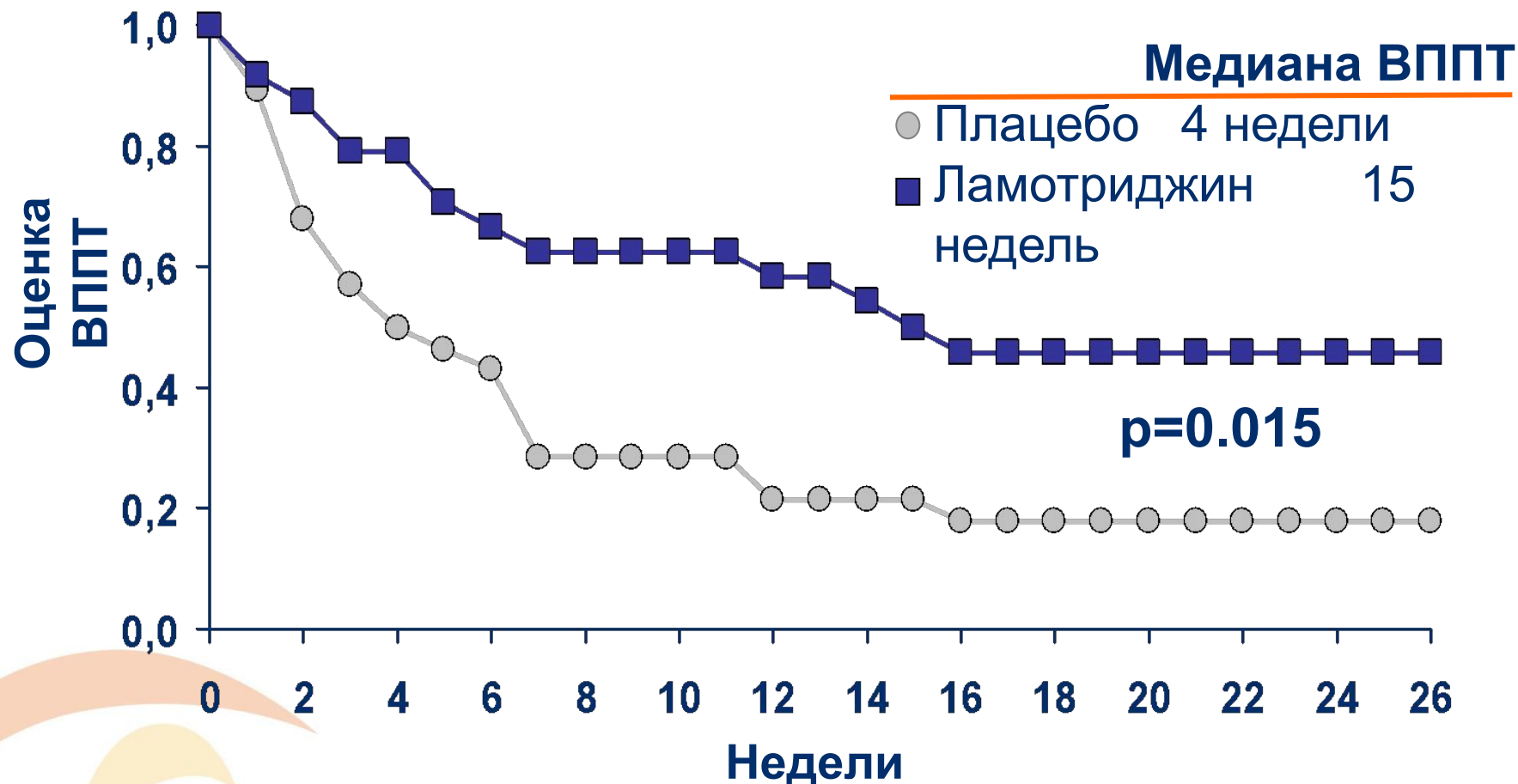
Степень риска

ДИ – доверительный интервал

Польза лития

Польза прочих нормотимиков

Ламотриджин при терапии биполярного расстройства II типа с быстрыми циклами



ВППТ – время до преждевременного прерывания терапии

Воспроизведено с разрешения

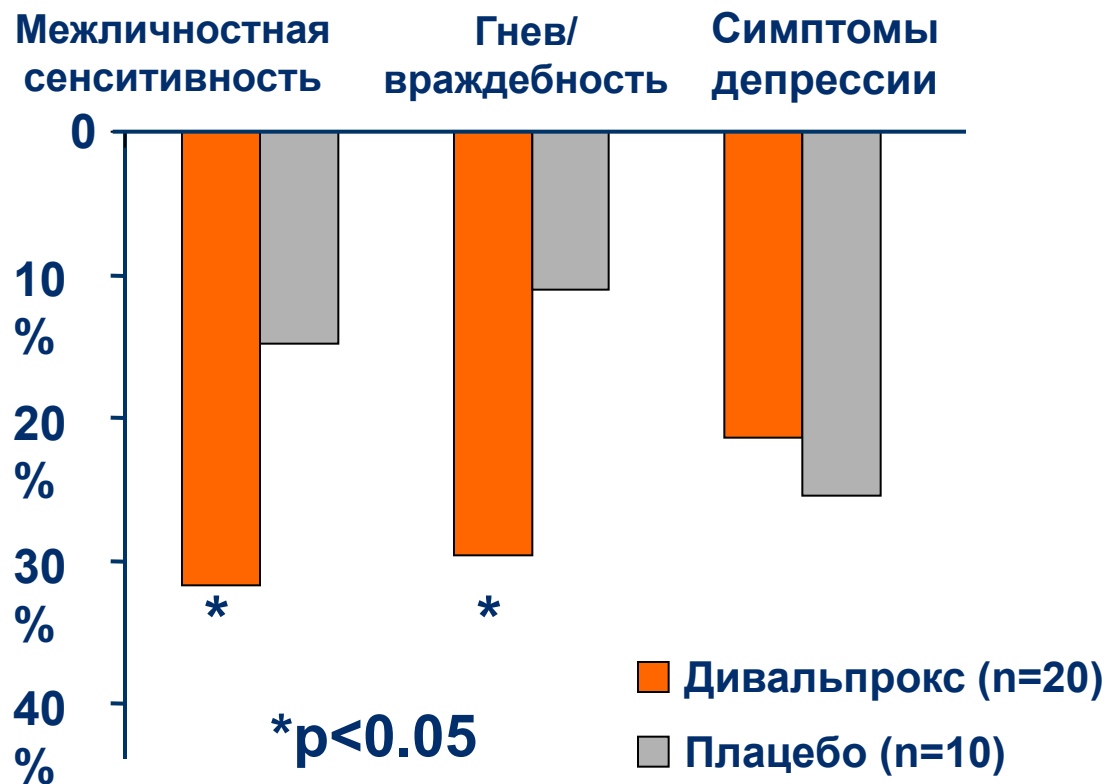
Calabrese JR, et al. J Clin Psychiatry 2000;61:841-850

Терапия вальпроатом биполярного расстройства II типа с коморбидным пограничным личностным расстройством

- 30 пациенток женского пола с верифицированным по DSM-IV диагнозом биполярного расстройства II типа с коморбидным пограничным личностным расстройством
- Терапия дивальпроксом или прием плацебо в течение 6 месяцев
- Средняя суточная доза дивальпрокса - 850 ± 249 мг/день
- Оценка эффективности терапии осуществлялась по Перечню симптомов – 90 (SCL-90) и по Открытой модифицированной шкале оценки агрессии (MOAS)
- Раздражительность, гнев и импульсивная агрессивность снижались приблизительно на 30–40% у пациентов при лечении дивальпроксом по сравнению с 15% у пациентов, получавших плацебо
- Дивальпрокс продемонстрировал в целом хорошую переносимость

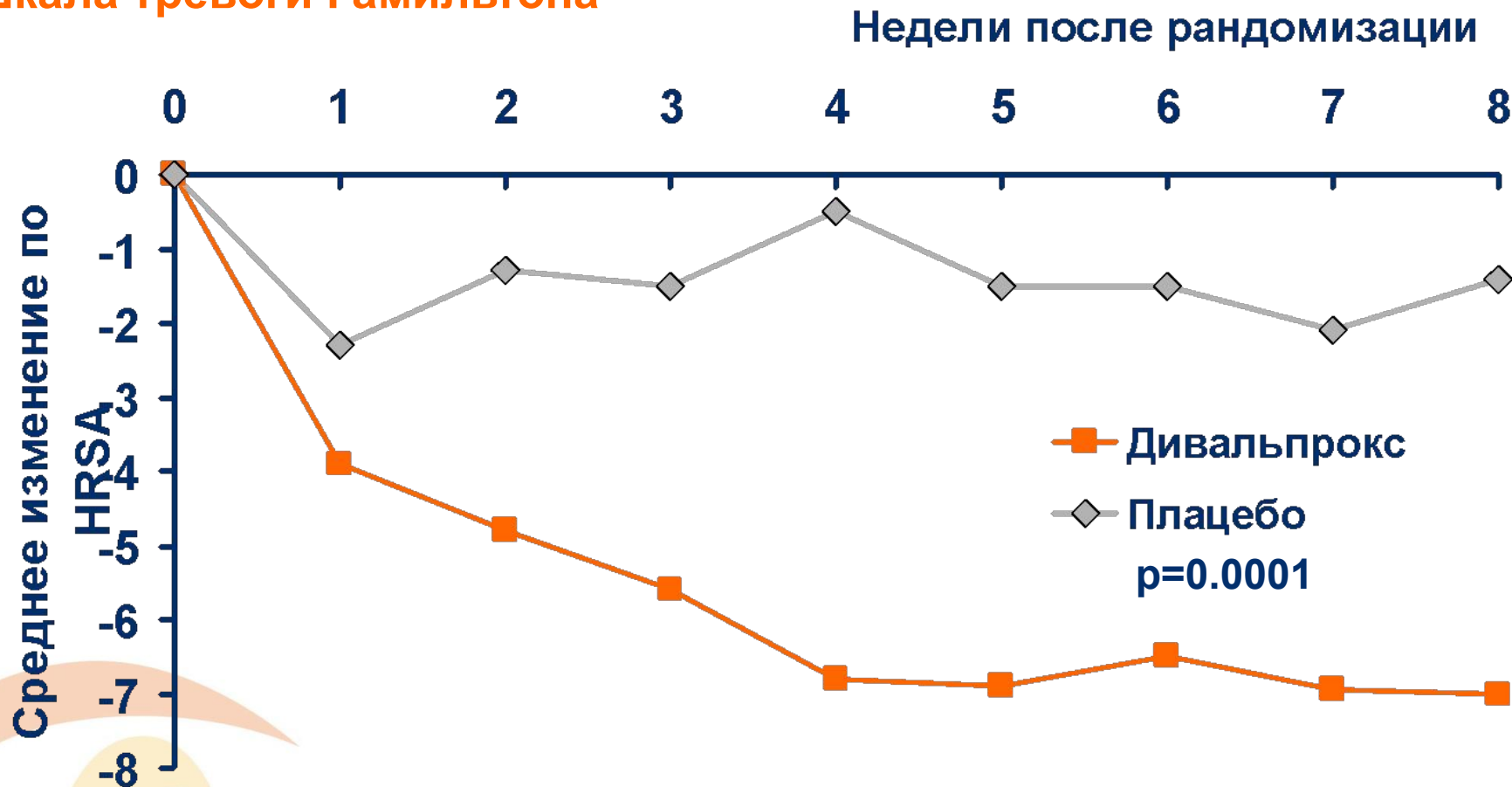
Терапия вальпроатом биполярного расстройства II типа с коморбидным пограничным личностным расстройством

Изменение симптомов от исходного уровня после 6-месячной терапии (субшкалы SCL-90)



Редукция симптомов тревоги при терапия вальпроатом биполярных депрессий

Шкала тревоги Гамильтона



HRSA –Hamilton Rating Scale for Anxiety (Шкала тревоги Гамильтона)

Воспроизведено с разрешения

Davis LL, et al. J Affect Disord 2005;85:259-266

Нелекарственная терапия

- Применение психообразования для профилактики гипомании и депрессивных эпизодов
- Межличностная и когнитивно–бихевиоральная терапия может быть полезна в дополнение к психофармакотерапии
- Специфическими целями являются:
 - Импульсивность, проявления враждебности, гипер–реактивность, повышенная межличностная сенситивность, рискованное поведение, возбуждение, внутреннее напряжение
- Использование «графика жизни» (выявление незначительных колебаний настроения)

APA. Am J Psychiatry 2002;159(S1):1-50

Grunze H, et al. World J Biol Psychiatry 2002;3:115-124

Perugi G, et al. Ital J Psychopathol 2003;9:330-348

Colom F, et al. Bipolar Disord; Submitted for publication

Принципы терапии. Резюме

- Терапия не должна быть краткосрочной
- Депрессия не является единственной целью терапии. Следует учитывать
 - «Мрачную сторону» гипомании, циклотимические черты
 - Симптомы гипомании, сочетающиеся с депрессивной симптоматикой (смешанные состояния)
 - Коморбидность (тревожные расстройства, импульсивность и т.д.)
- Целесообразно применение стабилизаторов настроения или антиманиакальных препаратов до использования антидепрессантов
- При применении антидепрессантов необходимо учитывать возможность возникновения:
 - длительного возбуждения
 - дестабилизации циклов болезни
- При биполярном расстройстве может возникнуть необходимость проведения комплексного лечения (фармакотерапия + психотерапия)

Заявление

“Информация предоставлена только для медицинских и научных целей. Sanofi-aventis не рекомендует использовать этот продукт любым образом, несовместимым с тем, что предписан в полной инструкции по медицинскому применению препарата, доступной в вашей стране”.