

DOI 10.33920/med-01-2007-07;

УДК 616.8

Современные подходы к диагностике биполярного аффективного расстройства в подростковом возрасте

*Л. М. Барденштейн, Н. Н. Осипова**ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ*

Резюме. Обзор посвящен проблеме диагностики биполярного аффективного расстройства в подростковом возрасте. Обобщаются результаты исследований отечественных и зарубежных авторов, касающиеся ранних проявлений заболевания, особенностей клинической динамики и связи с коморбидной психической и соматической патологией. Особое внимание уделено диагностике гипомании с учетом рекомендаций современных международных диагностических систем: DSM-V (APA, 2013) и проекта международной классификации болезней ICD-11 2019 г. Показана значимость раннего выявления аффективной патологии у подростков с использованием скрининговых методов исследования.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, биполярная депрессия, гипомания, коморбидные состояния, скрининговые инструменты.

CURRENT APPROACHES TO DIAGNOSTICS OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER IN ADOLESCENTS

*L. M. Bardenshtein, N. N. Osipova**Moscow State University of Medicine and Dentistry (A. I. Evdokimov University) (Federal State Budgetary Educational Institution), Moscow*

Abstract. The review is devoted to diagnosing bipolar affective disorder in adolescence. The article summarizes the domestic and foreign research findings concerning the early disease manifestations, the specific features of the disease course, and the relationship with mental and corporal comorbidity. Special attention is paid to the diagnosis of hypomania, based on the recommendations of modern international diagnostic systems: DSM-V (APA, 2013), and the draft International Classification of Diseases, ICD-11 2019. Early detection of affective disorder in adolescents using screening study methods is shown to be significant.

Keywords: bipolar affective disorder, bipolar depression, hypomania, comorbid conditions, screening tools.

Аффективная патология — наиболее часто диагностируемое расстройство психической деятельности. В широком спектре аффективных нарушений доминируют субдепрессивные и депрессивные расстройства различного генеза (психогенного, эндогенного, соматогенного, органического). В последние десятилетия отмечается значительный рост затяжных, хронических и резистентных к терапии монополярных депрессивных состояний. Хронические депрессии рассматриваются как вызов современной психиатрии и ме-

дицине в целом, так как характеризуются значительным снижением качества жизни, существенным нарушением социального и профессионального функционирования [1]. По прогнозу ВОЗ к 2030 г. депрессия будет являться ведущей причиной инвалидизации населения планеты среди всех болезней неинфекционного генеза [2].

Биполярное аффективное расстройство (БР) — хроническое, практически пожизненное заболевание, включающее в себя не только эпизоды нарушений настроения (субдепрессии, депрессии, гипомании,

мании, смешанные состояния), но и широкий спектр коморбидной патологии, снижение нейрокогнитивных функций, значительное ухудшение социального функционирования [3–5].

Биполярное аффективное расстройство связано с высокими показателями преждевременной смертности как от самоубийств [6], так и сопутствующих заболеваний [7, 8]. Риск суицидального поведения у пациентов с БР, особенно при смешанных и психотических состояниях, является одним из самых высоких среди всех психических расстройств [9, 10].

Биполярное расстройство характеризуется высокой степенью распространенности в общей популяции (от 0,6 до 5,84%) и имеет тенденцию к росту [11].

Диагностика биполярного расстройства в Российской Федерации осуществляется в соответствии с критериями МКБ-10 (класс V: психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99), в которой заболевание представлено в кластере «Расстройства настроения (аффективные расстройства)» (F30-F39)). Диагноз биполярного аффективного расстройства (F31) ставится, когда у больного отмечены повторные (не менее двух) эпизоды расстройств настроения, сопровождавшиеся изменением психической активности. В рубрике F31.8 «Другие биполярные аффективные расстройства» имеется указание на включение в данный подраздел «Биполярного расстройства II типа», однако отсутствуют какие-либо диагностические критерии, что делает затруднительной диагностику этого варианта расстройства на территории РФ и его статистический учет в настоящее время.

В классификации психических заболеваний американской психиатрической ассоциации (DSM-IV-TR (APA), 2000; DSM-V (APA), 2013) выделены два основных варианта течения биполярного расстройства: БР I типа и БР II типа. БР I типа диагностируют у больного при выявлении по крайней мере одного маниакального или смешанного эпизодов. Могут наблюдаться эпизоды большого депрессивного расстройства,

однако они не являются обязательными для диагностики биполярного расстройства I типа. При БР II типа (296.89 — DSM-V, APA, 2013) обязательно наличие хотя бы одного гипоманиакального эпизода и по крайней мере одного эпизода большого депрессивного расстройства (текущего или в анамнезе) [12, 13].

В 2019 г. ВОЗ утвержден проект ICD-11, в котором, в отличие от ICD-10, представлено разделение биполярного расстройства на I и II типы [14].

Значительные проблемы в процессе диагностики БР представляют гипоманиакальные состояния, которые трудно распознаются как самими пациентами, так и их родственниками, что затрудняет оказание своевременной квалифицированной помощи [15].

Подходы к диагностике гипомании как одного из ключевых критериев биполярного аффективного расстройства II типа в международных диагностических системах на протяжении десятилетий претерпевали изменения. Это касалось как продолжительности гипоманиакального эпизода, так и количества симптомов, которым он должен соответствовать. В проекте ICD-11 имеются некоторые изменения, связанные с диагностикой биполярного расстройства и, в частности, гипомании [14]. J. Angst et al. (2020), провели сравнительный анализ диагностических критериев биполярного расстройства с использованием DSM-V (APA, 2013) и проекта ICD-11 и отметили, что в целом они близки. Это касается в том числе основных симптомов гипомании, потребности в госпитализации, наличия или отсутствия психотических симптомов [16]. В отличие от DSM-IV-TR и МКБ-10 в DSM-V и проекте ICD-11 в основных критериях диагностики гипоманиакального эпизода, помимо изменения настроения (эйфория, раздражительность), делается акцент на возрастающую активность, прилив сил, субъективное ощущение подъема энергии, что, по мнению авторов, является существенным для описания более полной и точной клинической картины расстройства. В DSM-V число дополнительных

симптомов для диагностики гипомании ограничивается тремя и более при повышении настроения и четырьмя и более при раздражительности; в проекте ICD-11 достаточно «несколько» дополнительных симптомов для постановки диагноза. Различия касаются и длительности эпизода гипомании: в DSM-V симптомы должны присутствовать в течение 4 дней, в проекте ICD-11 такие ограничения отсутствуют, и имеются указания на период в «несколько дней».

В проекте ICD-11, по сравнению с DSM-V, имеются и некоторые отличия в диагностике гипомании, связанные с показателями изменений функционирования. В DSM-V, согласно критерию «С», должно быть диагностировано нехарактерное до болезни изменение функционирования пациента, а критерий «D» означает, что нарушение настроения и изменение функционирования наблюдаются другими людьми. В проекте ICD-11 изменения показателей функционирования выражены менее категорично, и предполагается, что изменения настроения и поведения будут очевидны для окружающих, которые хорошо знают больного.

Также J. Angst (2020) отмечает, что диагностические критерии гипоманиакального эпизода в проекте ICD-11 позволят выявлять его в «два раза чаще маниакального», чем при использовании DSM-V. Это значит, что биполярное расстройство II типа станет более распространенным диагнозом. Прогнозируемая авторами более частая выявляемость гипоманиакальных эпизодов клинически обоснована, так как легкие состояния при аффективной патологии встречаются чаще. Немаловажной проблемой, требующей дальнейшего изучения, является не всегда нежелательные для больного социально-психологические последствия гипомании (повышение работоспособности, креативность, творчество) [цит. по J. Angst, 2020, p. 2–4]. Авторы указывают, что для более точной диагностики необходимо учитывать факты амбулаторного обращения за медицинской помощью, которые могут быть связаны в большей степени с негативными последствиями ги-

поманиакального эпизода и позволят максимально объективизировать психическое состояние пациента [16].

Проблема изучения депрессии, манифестирующей в подростковом возрасте, представляется актуальной в свете увеличения удельного веса этой патологии в пубертатном периоде [17]. Важным аспектом данной проблемы является трудность диагностики, во многом связанная с атипичностью клинической картины депрессивных эпизодов, дебютирующих в подростковом возрасте, ее полиморфностью и синдромальной незавершенностью, обусловленной особенностями формирующейся подростковой психики. Это приводит к тому, что значительная часть (до 70–80%) страдающих депрессией подростков не получает своевременного адекватного лечения или совсем не попадает в поле зрения психотерапевта, психиатра [18].

Депрессия является наиболее частым клиническим проявлением большинства психических заболеваний в пубертатном возрасте, особенно на их инициальной стадии, что, видимо, обусловлено превалированием на данном этапе онтогенеза эмоционально-идеаторного уровня реагирования [19].

Отдельные симптомы БР в виде циклотипоидных колебаний настроения могут обнаруживаться в подростковом возрасте и представляют собой риск перехода в биполярное расстройство [20]. Исследователи указывают, что средний возраст начала заболевания варьирует от 20 до 30 лет. Некоторые авторы отмечают два пика дебюта БР: от 15 до 24 лет и 45 лет — 54 года [21]. Имеются указания и на более раннее (до 12 лет) начало заболевания, связанное в том числе с воздействием психотравмирующей ситуации [22–26]. Учеными также обсуждается диагноз препубертатного биполярного расстройства (Prepubertal bipolar disorder, PPBD) [27]. Однако клинические проявления основных симптомов БР в детском возрасте существенно отличаются от таковых у взрослых, а в некоторых случаях не имеют сходных эквивалентов. Раздражительность, как один из основных

диагностических критериев гипомании, по мнению исследователей, является достаточно часто встречающимся психопатологическим феноменом в препубертатном и пубертатном периодах [28]. Труднодиагностируемые смешанные состояния, распространенные у взрослых, также могут встречаться в детском и подростковом возрастах, что еще больше осложняет раннюю диагностику аффективной патологии в эти возрастные периоды [27, 17, 18].

Большое значение исследователи уделяют выявлению продромальных симптомов, которые предшествуют началу заболевания [29]. По данным G. A. Fava et al. (2007), у многих пациентов до появления клинически очерченных синдромов присутствовали такие признаки, как трудности при засыпании, раздражительность, тревожность [30]. A. R. Van Meter et al. (2016) перед началом маниакального эпизода выявили симптом в виде значительного повышения энергии у более чем половины респондентов [31]. Имеются указания, что расстройство поведения, агрессивность и импульсивность также предшествуют биполярному расстройству [32]. Учитывая данные, свидетельствующие о том, что у многих больных имеется более одного продромального симптома, возможно, удастся выявить кластеры симптомов, которые могли бы выступать в качестве более конкретных индикаторов риска развития биполярного расстройства [33].

Клиническая диагностика биполярного расстройства представляет большие трудности как на начальных этапах его проявления, так и на протяжении всего заболевания. Имеются данные, что процесс диагностирования БР и адекватное лечение задерживается на 6–8 лет и более, особенно при дебюте болезни в подростковом возрасте [34–36]. Депрессия первоначально рассматривается как монополярная более чем у 40% пациентов, которым позже был поставлен диагноз биполярного аффективного расстройства [37, 38]. Поскольку в течение биполярного расстройства преобладающими являются депрессивные эпизоды, дифференцирование с рекур-

рентной депрессией также представляет клиническую проблему [39, 40].

Длительный период распознавания БР связан с рядом факторов. При депрессивном дебюте заболевания пациенты избегают обращаться за специализированной медицинской помощью, в том числе из-за опасения стигматизации. В случае возникновения гипоманиакального эпизода больные, особенно подростки, часто не считают такие состояния (повышение настроения, энергии, активности) патологическими, рассматривают их как позитивные изменения своей психической деятельности [41]. Трудности клинической диагностики особенно вероятны на ранней стадии заболевания при отсутствии подтверждающей информации от членов семьи или ближайшего окружения [42]. Имеются указания, что в 12–17% случаев биполярное расстройство не распознается до тех пор, пока не произойдет трансформация депрессивной симптоматики в гипоманию или манию, что может произойти либо аутохтонно, либо под воздействием длительной монотерапии антидепрессантами [43].

Диагностика биполярного аффективного расстройства у подростков осложняется также коморбидными психическими и соматическими расстройствами, которые значительно повышают риск суицидального поведения [44]. В первую очередь это касается злоупотребления психоактивными веществами [45]. По данным M. H. Swahn и соавт. (2007), раннее начало употребления алкоголя (особенно в препубертатном периоде) статистически значимо повышает риск возникновения суицидальных мыслей и может провоцировать суицидальные попытки как у юношей, так и у девушек [46]. Помимо алкоголя, в подростковом и юношеском возрасте имеет значение и бесконтрольное употребление психотропных препаратов (транквилизаторов, антидепрессантов и др.). В исследованиях (Guo L., Xu Y., Deng J. et al., 2016; Tapscott B. E., Schepis T. S., 2013) было выявлено, что употребление подростками психотропных средств без назначения врача провоцирует появление суицидальных идей и суицидальных попыток [47, 48].

До сих пор недостаточно изучена роль курения в генезе аффективной патологии с последующим суицидальным поведением. Т. Korhonen и соавт. (2017) провели исследование среди подростков-близнецов и выявили, что раннее начало табакокурения значительно повышает риски суицидального и самоповреждающего поведения (порезы, ожоги) у девочек. Также, по мнению авторов, ежедневное курение повышает риск совершения суицидальной попытки в будущем для обоих полов [49].

Среди соматической коморбидной патологии при БР часто встречается ожирение [50], которое, по мнению ученых, может выступать и в качестве предиктора суицидального поведения у подростков [51]. Также большое значение имеет восприятие подростками собственного тела, иногда не связанное с объективными показателями веса. Среди подростков, которые считали себя чрезмерно худыми или чрезмерно полными, риск депрессии и суицидального поведения был гораздо выше, чем у сверстников, оценивавших себя адекватно [52, 53].

Для диагностики биполярного расстройства, и особенно для своевременного выявления гипоманиакальных эпизодов, наряду с основным клинико-психопатологическим методом используются скрининговые инструменты. В их числе вопросник расстройств настроения Mood Disorder Questionnaire (MDQ), разработанный в 2000 г. группой исследователей, возглавляемой R. M. A. Hirschfeld [54]; диагностическая шкала расстройств биполярного спектра (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)), разработанная R. Pies и усовершенствованная специалистами под руководством S. N. Ghaemi в 2005 г. [55]; диагностический опросник по биполярному расстройству (Hypomania Checklist (HCL-32), предложенный J. Angst с соавт. (2005) [56] и валидизированный в Российской Федерации С. Н. Мосоловым и соавт. [40]. Указан-

ные скрининговые методы используются как в клинических, так и неклинических выборках.

Так, в исследованиях гипомании в неклинической выборке подростков с использованием HCL-32 была показана связь гипомании с нарушениями сна и личностными особенностями, что подтверждает обоснованность использования данного скринингового метода как инструмента для выявления подростков, имеющих риск развития БР [57–60]. А. Päären et al. (2012), изучая выборку подростков ($n = 2300$) с положительным скринингом по гипомании с использованием структурированного диагностического интервью (Mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.), D. V. Sheehan et al. (1998), при повторном исследовании через 15 лет обнаружили гипоманиакальные эпизоды в 3–6% случаев [61, 62]. По мнению ряда исследователей, использование скрининговых методик в неклинических выборках для выявления риска биполярного аффективного расстройства может быть ограничено, поскольку показатели чувствительности и специфичности варьируют в широких пределах [63–65].

Таким образом, диагностика биполярного аффективного расстройства в подростковом возрасте представляет большие трудности. Дебют заболевания у подростков отличается высокой степенью клинического полиморфизма, синдромальной незавершенностью, осложняется коморбидными психическими и соматическими расстройствами и затруднением адекватной интерпретации собственного состояния. Комплексный клинико-психопатологический подход к диагностике ранних препубертатных и пубертатных проявлений БР с использованием скрининговых методик позволит выявлять начальные симптомы заболевания для дальнейшего тщательного клинико-динамического наблюдения и своевременного терапевтического вмешательства.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease injuries and risk factors in 1990 and projected 2020. In: Murray Ch. J. L., Lopez A. D., editors. Geneva. WHO; 1996.
2. World Health Organization, 65th World Health Assembly, Provisional agenda item 13.2. A65/10. Geneva; 2012.
3. Baldessarini R. J., Tondo L., Vázquez G. H. Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2019; 24 (2): 198–217.
4. Crump C., Sundquist K., Winkleby M. A., Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70 (9): 931–939.
5. Marwaha S., Durrani A., Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 128 (3): 179–193.
6. Hayes J. F., Miles J., Walters K., King M., Osborn D. P. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2015; 131 (6): 417–425.
7. Ösby U., Westman J., Hällgren J., Gissler M. Mortality trends in cardiovascular causes in schizophrenia, bipolar and unipolar mood disorder in Sweden 1987–2010. *Eur J Public Health*. 2016; 26 (5): 867–871.
8. Dickerson F., Origoni A., Schroeder J., Adamos M., Katsafanas E., Khushalani S. et al. Natural cause mortality in persons with serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2018; 137 (5): 371–379.
9. Chen T. Y., Kamali M., Chu C. S., Yeh C. B., Huang M., Mao W. C., Lin Y. et al. Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. *J Affect Disord*. 2019; 245: 812–818.
10. Chesney E., Goodwin G. M., Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: meta-review. *World Psychiatry*. 2014; 13 (2): 153–160.
11. Yildiz A., Ruiz P., Nemeroff C. *The Bipolar Book. History, Neurobiology, and Treatment*. Oxford University Press. 2015: 710.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition, Text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association. 2000: 943.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Association. 2013.
14. Reed G. M., First M. B., Kogan C. S., Hyman S. E., Gureje O., Gaebel W. et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019; 18 (1): 3–19.
15. Bardenshteyn L., Slavgorodsky Ya., Beglyankin N., Kekelidze D., Aleshkina G. PS62. Early recognition of bipolar depression / *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2016; 19 (1): 21–22. DOI: <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw043.062>.
16. Angst J., Ajdacic-Gross V., Roessler W. Bipolar disorders in ICD-11: current status and strengths. *Int J Bipolar Disord*. 2020; 8: 3.
17. Hickie I. B., Hermens D. F., Naismith S. L. et al. Evaluating differential developmental trajectories to adolescent-onset mood and psychotic disorders. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 303. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-303>.
18. Scott E. M., Hermens D. F., Naismith S. L. et al. Distinguishing young people with emerging bipolar disorders from those with unipolar depression. *J Affect Disord*. 2013; 144 (3): 208–215. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.031>
19. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. 2-е изд. — Москва: Медицина. 1995.
20. Tjissen M. J., van Os J., Wittchen H. U., Lieb R., Beesdo K., Mengelers R., Wichers M. Prediction of transition from common adolescent bipolar experiences to bipolar disorder: 10-year study. *Br J Psychiatry*. 2010; 196 (2): 102–108.
21. Kroon J. S., Wohlfarth T. D., Dieleman J., Sutterland A. L., Storoosum J. G., Denys D. et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord*. 2013; 15 (3): 306–313.
22. Axelson D., Goldstein B., Goldstein T., Monk K., Yu H., Hickey M. B. et al. Diagnostic precursors to bipolar disorder in offspring of parents with bipolar disorder: a longitudinal study. *Am J Psychiatry*. 2015; 172 (7): 638–646.
23. Duffy A., Alda M., Hajek T., Grof P. Early course of bipolar disorder in high-risk offspring: prospective study. *Br J Psychiatry*. 2009; 195 (5): 457–458.
24. Mesman E., Nolen W. A., Reichart C. G., Wals M., Hillegers M. H. The Dutch bipolar offspring study: 12-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2013; 170 (5): 542–549.
25. Goodday S., Levy A., Flowerdew G., Horrocks J., Grof P., Ellenbogen M., Duffy A. Early exposure to parental bipolar disorder and risk of mood disorder: the Flourish Canadian prospective offspring cohort study. *Early Interv Psychiatry*. 2018; 12 (2): 160–168.
26. Duffy A. Toward a comprehensive clinical staging model for bipolar disorder: integrating the evidence. *Can J Psychiatry*. 2014; 59 (12): 659–666.
27. Malhi G. S., Bell E. Prepubertal bipolar disorder: a diagnostic quandary? *Int J Bipolar Disord*. 2020; 8: 20.

28. *Toohey M. J.* Irritability characteristics and parameters in an international sample. *J Affect Disord.* 2019; 263: 558–567.
29. *Kim H., Kim Y., Baek J. H., Fava M., Mischoulon D., Nierenberg A. A.* et al. Predictive factors of diagnostic conversion from major depressive disorder to bipolar disorder in young adults ages 19–34: A nationwide population study in South Korea, *J Affect Disord.* 2020; 265: 52–58.
30. *Fava G. A., Tossani E.* Prodromal stage of major depression. *Early Interv Psychiatry.* 2007; 1 (1): 9–18.
31. *Van Meter A. R., Burke C., Youngstrom E. A., Faedda G. L., Correll C. U.* The bipolar prodrome: meta-analysis of symptom prevalence prior to initial or recurrent mood episodes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016; 55 (7): 543–555.
32. *Faedda G. L., Serra G., Marangoni C., Salvatore P., Sani G., Vázquez G. H.* et al. Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *J Affect Disord.* 2014; 168: 314–321.
33. *Bortolato B., Kohler C. A., Evangelou E., León-Caballero J., Solmi M., Stubbs B.* et al. Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Bipolar Disord.* 2017; 19 (2): 84–96.
34. *Post R. M., Leverich G. S., McElroy S., Kupka R., Suppes T., Altschuler L., Nolen W., Frye M., Keck P., Grunze H., Hellemann G.* Prevalence of Axis-II comorbidities in bipolar disorder: relationship to mood-state. *Bipolar Disord.* 2018; 20 (4): 303–312.
35. *Bschor T., Angst J., Azorin J. M., Bowden C. L., Perugi G., Vieta E., Young A. H., Krüger S.* Are bipolar disorders underdiagnosed in patients with depressive episodes? Results of the multicenter BRIDGE screening study in Germany. *J Affect Disord.* 2012; 142 (1–3): 45–52.
36. *Drancourt N., Etain B., Lajnef M., Henry C., Raust A., Cochet B.* et al. Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 2013; 127 (2): 136–144.
37. *Stensland M. D., Schultz J. F., Frytak J. R.* Diagnosis of unipolar depression following initial identification of bipolar disorder: common and costly misdiagnosis. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69 (5): 749–758.
38. *Chen T. Y., Kamali M., Chu C. S., Yeh C. B., Huang S. Y., Mao W. C., Lin P. Y., Chen Y. W., Tseng P. T., Hsu C. Y.* Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. *J Affect Disord.* 2019; 245: 812–818.
39. *Baldessarini R. J., Tondo L., Visioli C.* First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2014; 129 (5): 383–392.
40. *Mosolov S. N., Ushkalova A. V., Kostukova E. G., Shafarenko A. A., Alfimov P. V., Kostyukova A. B., Angst J.* Validation of the Russian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the detection of Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression. *J Affect Disord.* 2014; 155: 90–95.
41. *Baldessarini R. J., Tondo L., Vázquez G. H.* Unmet needs in psychiatry: bipolar depression. In: *Pompili M., McIntyre R. S., Fiorillo A., Sartorius N., ed.* New directions in psychiatry. New York: Springer Press. 2020.
42. *Vöhringer P. A., Perlis R. H.* Discriminating between bipolar disorder and major depressive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2016; 39 (1): 1–10.
43. *Tondo L., Baldessarini R. J.* Reduction of suicidal behavior in bipolar disorder patients during long-term treatment with lithium. In: *Koslow S. H., Ruiz P., Nemeroff C. B., ed.* Concise guide to understanding suicide: epidemiology pathophysiology and prevention. Cambridge University Press. 2014: 217–228.
44. *Foley D. L., Goldston D. B., Costello E. J., Angold A.* Proximal Psychiatric Risk Factors for Suicidality in Youth. The Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63 (9): 1017–1024. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1017>
45. *Brady J.* The Association Between Alcohol Misuse And Suicidal behavior. *Alcohol.* 2006; 41 (5): 473–478. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl060>.
46. *Swahn M. H., Bossarte R. M.* Gender, Early Alcohol Use, and Suicide Ideation and Attempts: Findings from the 2005 Youth Risk Behavior Survey. *J Adolesc Health.* 2007 Aug.; 41 (2): 175–181. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.03.003>.
47. *Guo L., Xu Y., Deng J.* et al. Association Between Nonmedical Use of Prescription Drugs and Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Pediatr.* 2016; 170 (10): 971–978. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1802>.
48. *Tapscott B. E., Schepis T. S.* Nonmedical Use of Prescription Medications in Young Adults. *Adolesc Med State Art Rev.* 2013; 24 (3): 597–610.
49. *Korhonen T., Sihvola E., Latvala A., Dicke D. M., Pulkkinen L., Nurnberger J., Rose R. J., Kaprio J.* Early-onset tobacco use and suicide-related behavior — A prospective study from adolescence to young adulthood. *Addict Behav.* 2018 Apr; 79: 32–38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.008>.
50. *Stange J. P., Kleiman E. M., Sylvia L. G.* et al. Specific Mood Symptoms Confer Risk For Subsequent Suicidal Ideation In Bipolar Disorder With And Without Suicidal Attempt History: Multi-Wave Data From STEP-BD. *Depress Anxiety.* 2016; 33: 464–472. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22464>.
51. *Moor S., Crowe M., Luty S.* et al. Effects of comorbidity and early age of onset in young people with bipolar disorder on self-harming behaviour and suicide attempts. *J Affect Disord.* 2012; 136: 1212–1215.

52. *Messias E., Kindrick K., Castro J.* School bullying, cyberbullying, or both: Correlates of teen suicidality in the 2011 CDC youth risk behavior survey. *Compr Psychiatry*. 2014 Jul.; 55 (5): 1063–1068.
53. *Eaton D. K., Lowry R., Brener N. D., Galuska D. A., Crosby A. E.* Associations of Body Mass Index and Perceived Weight With Suicide Ideation and Suicide Attempts Among US High School Students. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159 (6): 513–519. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.6.513>.
54. *Hirschfeld R. M. A., Williams J. B., Spitzer R. L., Calabrese J. R., Flynn L., Keck P. E. Jr. et al.* Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (11): 1873–1875.
55. *Ghaemi S. N., Miller C. J., Berv D. A., Klugman J., Rosenquist K. J., Pies R. W.* Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord*. 2005; 84 (2-3): 273–277.
56. *Angst J., Adolfsson R., Bennazzi F., Gamma A., Hantouche E., Meyer T. D., Skeppar P., Vieta E., Scott J.* The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord*. 2005; 88 (2): 217–233.
57. *Hosang G. M., Cardno A. G., Freeman D., Ronald A.* Characterization and structure of hypomania in a British nonclinical adolescent sample. *J Affect Disord*. 2017; 207: 228–235. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.033>.
58. *Wang Y. Y., Feng Y., Wang F. et al.* Comparing two short versions of the 32-item Hypomania Checklist (HCL-32) for patients with bipolar disorder. *Perspect Psychiatr Care*. 2019; 55 (3): 396–400. DOI: 10.1111/ppc.12323.
59. *Forty L., Kelly M., Jones L. et al.* Reducing the Hypomania Checklist (HCL-32) to a 16-item version. *J Affect Disord*. 2010; 124 (3): 351–356. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.004>.
60. Осипова Н. Н., Дмитриева Е. В., Беглянкин Н. И., Барденштейн Л. М. Предикторы суицидального поведения у подростков с депрессивными расстройствами. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2019; 119 (1-2): 28–33. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro20191191228>.
61. *Päären A., von Knorring A. L., Olsson G., von Knorring L., Bohman H., Jonsson U.* Hypomania spectrum disorders from adolescence to adulthood: A 15-year follow-up of a community sample. *J Affect Disord*. 2013; 145 (2): 190–199.
62. *Sheehan D. V., Lecrubier Y., Sheehan K. H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., & Dunbar G. C.* (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl 20): 22–33.
63. *Vázquez G. H., Romero E., Fabregues F., Pies R., Ghaemi N., Mota-Castillo M.* Screening for bipolar disorders in Spanish-speaking populations: Sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale—Spanish Version. *Compr Psychiatry*. 2010; 51 (5): 552–556.
64. *Zaratiegui R. M., Vázquez G. H., Lorenzo L. S., Marinelli M., Aguayo S., Strejilevich S. A. et al.* Sensitivity and specificity of the mood disorder questionnaire and the bipolar spectrum diagnostic scale in Argentinean patients with mood disorders. *J Affect Disord*. 2011; 132 (3): 445–449.
65. *Vöhringer P. A., Perlis R. H.* Discriminating between bipolar disorder and major depressive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2016; 39 (1): 1–10.

REFERENCES

1. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease injuries and risk factors in 1990 and projected 2020. In: Murray Ch. J. L., Lopez A. D., editors. Geneva. WHO; 1996.
2. World Health Organization, 65th World Health Assembly, Provisional agenda item 13.2. A65/10. Geneva; 2012.
3. *Baldessarini R. J., Tondo L., Vázquez G. H.* Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2019; 24 (2): 198–217.
4. *Crump C., Sundquist K., Winkleby M. A., Sundquist J.* Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70 (9): 931–939.
5. *Marwaha S., Durrani A., Singh S.* Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 128 (3): 179–193.
6. *Hayes J. F., Miles J., Walters K., King M., Osborn D. P.* A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2015; 131 (6): 417–425.
7. *Ösby U., Westman J., Hällgren J., Gissler M.* Mortality trends in cardiovascular causes in schizophrenia, bipolar and unipolar mood disorder in Sweden 1987–2010. *Eur J Public Health*. 2016; 26 (5): 867–871.
8. *Dickerson F., Origoni A., Schroeder J., Adamos M., Katsafanas E., Khushalani S. et al.* Natural cause mortality in persons with serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2018; 137 (5): 371–379.
9. *Chen T. Y., Kamali M., Chu C. S., Yeh C. B., Huang M., Mao W. C., Lin Y. et al.* Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. *J Affect Disord*. 2019; 245: 812–818.
10. *Chesney E., Goodwin G. M., Fazel S.* Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: meta-review. *World Psychiatry*. 2014; 13 (2): 153–160.

11. *Yildiz A., Ruiz P., Nemeroff C.* The Bipolar Book. History, Neurobiology, and Treatment. Oxford University Press. 2015: 710.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition, Text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association. 2000: 943.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association. 2013.
14. *Reed G. M., First M. B., Kogan C. S., Hyman S. E., Gureje O. Gaebel W.* et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019; 18 (1): 3–19.
15. *Bardenshteyn L., Slavgorodsky Ya., Beglyankin N., Kekelidze D., Aleshkina G.* PS62. Early recognition of bipolar depression / *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2016; 19 (1): 21–22. DOI: <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw043.062>.
16. *Angst J., Ajdacic-Gross V., Roessler W.* Bipolar disorders in ICD-11: current status and strengths. *Int J Bipolar Disord*. 2020; 8: 3.
17. *Hickie I. B., Hermens D. F., Naismith S. L.* et al. Evaluating differential developmental trajectories to adolescent-onset mood and psychotic disorders. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 303. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-303>.
18. *Scott E. M., Hermens D. F., Naismith S. L.* et al. Distinguishing young people with emerging bipolar disorders from those with unipolar depression. *J Affect Disord*. 2013; 144 (3): 208–215. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.031>
19. *Kovalev V.V.* Psikhiatriya detskogo vozrasta [Child Psychiatry. 2nd ed.] Moscow: Meditsyna, 1995.
20. Prediction of transition from common adolescent bipolar experiences to bipolar disorder: 10-year study. *Br J Psychiatry*. 2010; 196 (2): 102–108.
21. *Kroon J. S., Wohlfarth T. D., Dieleman J., Sutterland A. L., Storosum J. G., Denys D.* et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord*. 2013; 15 (3): 306–313.
22. *Axelson D., Goldstein B., Goldstein T., Monk K., Yu H., Hickey M. B.* et al. Diagnostic precursors to bipolar disorder in offspring of parents with bipolar disorder: a longitudinal study. *Am J Psychiatry*. 2015; 172 (7): 638–646.
23. *Duffy A., Alda M., Hajek T., Grof P.* Early course of bipolar disorder in high-risk offspring: prospective study. *Br J Psychiatry*. 2009; 195 (5): 457–458.
24. *Mesman E., Nolen W. A., Reichart C. G., Wals M., Hillegers M. H.* The Dutch bipolar offspring study: 12-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2013; 170 (5): 542–549.
25. *Goodday S., Levy A., Flowerdew G., Horrocks J., Grof P., Ellenbogen M., Duffy A.* Early exposure to parental bipolar disorder and risk of mood disorder: the Flourish Canadian prospective offspring cohort study. *Early Interv Psychiatry*. 2018; 12 (2): 160–168.
26. *Duffy A.* Toward a comprehensive clinical staging model for bipolar disorder: integrating the evidence. *Can J Psychiatry*. 2014; 59 (12): 659–666.
27. *Malhi G. S., Bell E.* Prepubertal bipolar disorder: a diagnostic quandary? *Int J Bipolar Disord*. 2020; 8: 20.
28. *Toohey M. J.* Irritability characteristics and parameters in an international sample. *J Affect Disord*. 2019; 263: 558–567.
29. *Kim H., Kim Y., Baek J. H., Fava M., Mischoulon D., Nierenberg A. A.* et al. Predictive factors of diagnostic conversion from major depressive disorder to bipolar disorder in young adults ages 19–34: A nationwide population study in South Korea, *J Affect Disord*. 2020; 265: 52–58.
30. *Fava G. A., Tossani E.* Prodromal stage of major depression. *Early Interv Psychiatry*. 2007; 1 (1): 9–18.
31. *Van Meter A. R., Burke C., Youngstrom E. A., Faedda G. L., Correll C. U.* The bipolar prodrome: meta-analysis of symptom prevalence prior to initial or recurrent mood episodes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55 (7): 543–555.
32. *Faedda G. L., Serra G., Marangoni C., Salvatore P., Sani G., Vázquez G. H.* et al. Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *J Affect Disord*. 2014; 168: 314–321.
33. *Bortolato B., Kohler C. A., Evangelou E., León-Caballero J., Solmi M., Stubbs B.* et al. Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Bipolar Disord*. 2017; 19 (2): 84–96.
34. *Post R. M., Leverich G. S., McElroy S., Kupka R., Suppes T., Altshuler L., Nolen W., Frye M., Keck P., Grunze H., Hellemann G.* Prevalence of Axis-II comorbidities in bipolar disorder: relationship to mood-state. *Bipolar Disord*. 2018; 20 (4): 303–312.
35. *Bschor T., Angst J., Azorin J. M., Bowden C. L., Perugi G., Vieta E., Young A. H., Krüger S.* Are bipolar disorders underdiagnosed in patients with depressive episodes? Results of the multicenter BRIDGE screening study in Germany. *J Affect Disord*. 2012; 142 (1–3): 45–52.
36. *Drancourt N., Etain B., Lajnef M., Henry C., Raust A., Cochet B.* et al. Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 127 (2): 136–144.

37. Stensland M. D., Schultz J. F., Frytak J. R. Diagnosis of unipolar depression following initial identification of bipolar disorder: common and costly misdiagnosis. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69 (5): 749–758.
38. Chen T. Y., Kamali M., Chu C. S., Yeh C. B., Huang S. Y., Mao W. C., Lin P. Y., Chen Y. W., Tseng P. T., Hsu C. Y. Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. *J Affect Disord*. 2019; 245: 812–818.
39. Baldessarini R. J., Tondo L., Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2014; 129 (5): 383–392.
40. Mosolov S. N., Ushkalova A. V., Kostukova E. G., Shafarenko A. A., Alfimov P. V., Kostyukova A. B., Angst J. Validation of the Russian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the detection of Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression. *J Affect Disord*. 2014; 155: 90–95.
41. Baldessarini R. J., Tondo L., Vázquez G. H. Unmet needs in psychiatry: bipolar depression. In: Pompili M., McIntyre R. S., Fiorillo A., Sartorius N., ed. *New directions in psychiatry*. New York: Springer Press. 2020.
42. Vöhringer P. A., Perlis R. H. Discriminating between bipolar disorder and major depressive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2016; 39 (1): 1–10.
43. Tondo L., Baldessarini R. J. Reduction of suicidal behavior in bipolar disorder patients during long-term treatment with lithium. In: Koslow S. H., Ruiz P., Nemeroff C. B., ed. *Concise guide to understanding suicide: epidemiology pathophysiology and prevention*. Cambridge University Press. 2014: 217–228.
44. Foley D. L., Goldston D. B., Costello E. J., Angold A. Proximal Psychiatric Risk Factors for Suicidality in Youth. The Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63 (9): 1017–1024. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.1017>
45. Brady J. The Association Between Alcohol Misuse And Suicidal behavior. *Alcohol*. 2006; 41 (5): 473–478. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl060>.
46. Swahn M. H., Bossarte R. M. Gender, Early Alcohol Use, and Suicide Ideation and Attempts: Findings from the 2005 Youth Risk Behavior Survey. *J Adolesc Health*. 2007 Aug.; 41 (2): 175–181. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.03.003>.
47. Guo L., Xu Y., Deng J. et al. Association Between Nonmedical Use of Prescription Drugs and Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Pediatr*. 2016; 170 (10): 971–978. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1802>.
48. Tapscott B. E., Schepis T. S. Nonmedical Use of Prescription Medications in Young Adults. *Adolesc Med State Art Rev*. 2013; 24 (3): 597–610.
49. Korhonen T., Sihvola E., Latvala A., Dicke D. M., Pulkkinen L., Nurnberger J., Rose R. J., Kaprio J. Early-onset tobacco use and suicide-related behavior — A prospective study from adolescence to young adulthood. *Addict Behav*. 2018 Apr; 79: 32–38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.008>.
50. Stange J. P., Kleiman E. M., Sylvia L. G. et al. Specific Mood Symptoms Confer Risk For Subsequent Suicidal Ideation In Bipolar Disorder With And Without Suicidal Attempt History: Multi-Wave Data From STEP-BD. *Depress Anxiety*. 2016; 33: 464–472. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22464>.
51. Moor S., Crowe M., Luty S. et al. Effects of comorbidity and early age of onset in young people with bipolar disorder on self-harming behaviour and suicide attempts. *J Affect Disord*. 2012; 136: 1212–1215.
52. Messias E., Kindrick K., Castro J. School bullying, cyberbullying, or both: Correlates of teen suicidality in the 2011 CDC youth risk behavior survey. *Compr Psychiatry*. 2014 Jul.; 55 (5): 1063–1068.
53. Eaton D. K., Lowry R., Brener N. D., Galuska D. A., Crosby A. E. Associations of Body Mass Index and Perceived Weight With Suicide Ideation and Suicide Attempts Among US High School Students. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159 (6): 513–519. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.6.513>.
54. Hirschfeld R. M. A., Williams J. B., Spitzer R. L., Calabrese J. R., Flynn L., Keck P. E. Jr. et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (11): 1873–1875.
55. Ghaemi S. N., Miller C. J., Berv D. A., Klugman J., Rosenquist K. J., Pies R. W. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *J Affect Disord*. 2005; 84 (2-3): 273–277.
56. Angst J., Adolfsson R., Bennazzi F., Gamma A., Hantouche E., Meyer T. D., Skeppar P., Vieta E., Scott J. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord*. 2005; 88 (2): 217–233.
57. Hosang G. M., Cardno A. G., Freeman D., Ronald A. Characterization and structure of hypomania in a British nonclinical adolescent sample. *J Affect Disord*. 2017; 207: 228–235. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.033>.
58. Wang Y. Y., Feng Y., Wang F. et al. Comparing two short versions of the 32-item Hypomania Checklist (HCL-32) for patients with bipolar disorder. *Perspect Psychiatr Care*. 2019; 55 (3): 396–400. DOI: 10.1111/ppc.12323.
59. Forty L., Kelly M., Jones L. et al. Reducing the Hypomania Checklist (HCL-32) to a 16-item version. *J Affect Disord*. 2010; 124 (3): 351–356. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.004>.
60. Osipova N. N., Dmitriyeva E. V., Beglyankin N. I., Bardenshtein L. M. Prediktory suitsidalnogo povedeniya u podrostkov s depressivnymi rasstroistvami. [Predictors of Suicidal behavior in adolescents with depressive disorders] *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova*, 2019, 119 (1-2), pp. 28–33. <https://doi.org/10.17116/jnevro20191191228>

61. Päären A., von Knorring A. L., Olsson G., von Knorring L., Bohman H., Jonsson U. Hypomania spectrum disorders from adolescence to adulthood: A 15-year follow-up of a community sample. *J Affect Disord.* 2013; 145 (2): 190–199.
62. Sheehan D. V., Lecrubier Y., Sheehan K. H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., & Dunbar G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl 20): 22–33.
63. Vázquez G. H., Romero E., Fabregues F., Pies R., Ghaemi N., Mota-Castillo M. Screening for bipolar disorders in Spanish-speaking populations: Sensitivity and specificity of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale–Spanish Version. *Compr Psychiatry.* 2010; 51 (5): 552–556.
64. Zaratiegui R. M., Vázquez G. H., Lorenzo L. S., Marinelli M., Aguayo S., Strejilevich S. A. et al. Sensitivity and specificity of the mood disorder questionnaire and the bipolar spectrum diagnostic scale in Argentinean patients with mood disorders. *J Affect Disord.* 2011; 132 (3): 445–449.
65. Vöhringer P. A., Perlis R. H. Discriminating between bipolar disorder and major depressive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2016; 39 (1): 1–10.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Барденштейн Леонид Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, заслуженный врач РФ, Москва; E-mail: barden@mail.ru.

Осипова Наталья Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, Москва; E-mail: natinen@yandex.ru.

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Bardenshtein Leonid Mikhailovich — Professor, MD, Head of Department of Psychiatry and Addiction Medicine, Moscow State University of Medicine and Dentistry (A. I. Evdokimov University) (Federal State Budgetary Educational Institution) at the Russian Ministry of Health, 127473, Honored Doctor of the Russian Federation, Moscow; E-mail: barden@mail.ru.

Osipova Natalia Nikolayevna — Associate Professor, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Psychiatry and Addiction Medicine, Moscow State University of Medicine and Dentistry (A.I. Evdokimov University) (Federal State Budgetary Institution of Higher Education) at the Russian Ministry of Health, Moscow; E-mail: natinen@yandex.ru.

Для корреспонденции

Барденштейн Л. М., E-mail: barden@mail.ru

Осипова Н. Н., E-mail: natinen@yandex.ru

For correspondence

Bardenshtein L. M., E-mail: barden@mail.ru

Osipova N. N., E-mail: natinen@yandex.ru

Information about authors

Bardenshtein L. M., <http://orcid.org/0000-0002-1171-5517>

Osipova N. N., <http://orcid.org/0000-0002-1936-3042>