

Риск суицидального поведения при депрессии в структуре биполярного аффективного расстройства, осложненного зависимостью от растительных каннабиноидов

И.Ю. Климова, А.А. Овчинников

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

АННОТАЦИЯ

В в е д е н и е . По данным клинических наблюдений депрессивные состояния в структуре биполярного аффективного расстройства (БАР) наблюдаются у 23.8 % обследованных больных. В большинстве исследований показано, что в сравнении с общей популяцией стандартизированный коэффициент смертности у больных составляет около 30 %; на долю пациентов с БАР приходится 1.4 % от общего числа смертей.

Ц е л ь . Оценить степень риска суицидального поведения при депрессии в структуре БАР, осложненного употреблением растительных каннабиноидов.

М а т е р и а л ы и м е т о д ы . Для данного исследования было отобрано 58 пациентов с диагнозом «биполярное аффективное расстройство, ассоциированное с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов» – основная группа (средний возраст 34 ± 4 года). Группу контроля составили 100 чел. с БАР без ассоциированной патологии (средний возраст 32 ± 3 года). Длительность заболевания в обеих группах – от 1 года до 5 лет. В исследовании использовались следующие методы и шкалы: клинический метод – оценка психического статуса, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера – Ханина, шкала оценки риска суицида (SAD PERSONS Scale). **Р е з у л ь т а т ы .** Проведенное исследование показало, что риск суицидального поведения при депрессии в структуре БАР, осложненного зависимостью от растительных каннабиноидов, значительно повышается, что подтверждается результатами оценки по психометрическим шкалам (через 6 мес от начала исследования в основной группе высокий риск суицида диагностирован в 8 % случаев, через 12 мес – в 11 %, очень высокий риск – в 4 % случаев). Утяжеление психического состояния подтверждалось частотой и большей продолжительностью госпитализаций в круглосуточный психиатрический стационар: в основной группе средняя продолжительность госпитализации в стационар через 6 мес от начала исследования составила около 5.3 ± 2 мес (67 % ($p < 0.005$)), через 12 мес от начала исследования – около 5.9 ± 1 мес (72 % ($p < 0.005$)). При терапии данной категории больных отмечена высокая фармакологическая резистентность (73–86 % ($p < 0.05$)).

З а к л ю ч е н и е . Употребление растительных каннабиноидов повышает риск суицидального поведения. Депрессия в структуре БАР, ассоциированная с зависимостью от растительных каннабиноидов отличалась фармакорезистентностью к проводимой терапии. Повышение уровня тревоги приводило к компульсивным суицидным попыткам, являющимся ключевым фактором риска завершённого суицида.

Ключевые слова: риск суицидального поведения, биполярное аффективное расстройство, каннабиноиды, фармакорезистентность, абстиненция, депрессия, тревога, аффективные нарушения, зависимость.

Образец цитирования: Климова И.Ю., Овчинников А.А. Риск суицидального поведения при депрессии в структуре биполярного аффективного расстройства, осложненного зависимостью от растительных каннабиноидов // Journal of Siberian Medical Sciences. 2022;6(3):7–14. DOI: 10.31549/2542-1174-2022-6-3-7-14

The risk of suicidal behavior in depression in the structure of bipolar disorder complicated by plant cannabinoid addiction

I.Yu. Klimova, A.A. Ovchinnikov

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

ABSTRACT

I n t r o d u c t i o n . According to clinical observations, depressive states in the structure of bipolar disorder (BD) are observed in 23.8% of the examined patients. Most studies show that compared with the general population, the standardized mortality rate in patients is about 30%; BD patients account for 1.4% of total deaths.

Поступила в редакцию 11.03.2022
Прошла рецензирование 24.03.2022
Принята к публикации 07.04.2022

Автор, ответственный за переписку
Климова Ирина Юрьевна: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. 630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52.
E-mail: iri.c2012@yandex.ru

Received 11.03.2022
Revised 24.03.2022
Accepted 07.04.2022

Corresponding author
Irina Yu. Klimova: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny prosp., Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: iri.c2012@yandex.ru

A i m . To assess the risk of suicidal behavior in depression in the structure of BD complicated by plant cannabinoid addiction.

M a t e r i a l s a n d m e t h o d s . For this research, 58 patients with diagnosed BD associated with the syndrome of cannabinoid addiction were selected – the main group (mean age 34 ± 4 years). The control group consisted of 100 individuals with BD without associated pathology (mean age 32 ± 3 years). The duration of the disease in both groups ranged from 1 to 5 years. The following methods and scales were used in the study: clinical method – mental status assessment, the Beck Depression Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory, the SAD PERSONS Scale – a scale for suicide risk assessment.

R e s u l t s . The study showed that the risk of suicidal behavior in depression in the structure of BD complicated by plant cannabinoid addiction increases significantly, which is confirmed by the results of assessment using psychometric scales (after 6 months since the beginning of the study in the main group, a high risk of suicide was diagnosed in 8% of cases, after 12 months – in 11%, very high risk – in 4% of cases). The deterioration of the mental state was confirmed by the frequency and longer duration of hospitalizations in a psychiatric hospital: in the main group, the average duration of hospitalization in a psychiatric hospital after 6 months since the beginning of the study was about 5.3 ± 2 months (67% ($p < 0.005$)), after 12 months – about 5.9 ± 1 months (72% ($p < 0.005$)). In the treatment of this category of patients, high drug resistance was noted (73–86% ($p < 0.05$)).

C o n c l u s i o n . The use of plant cannabinoids increases the risk of suicidal behavior. Depression in the structure of BD associated with plant cannabinoid addiction was characterized by resistance to therapy. An increase in anxiety levels led to compulsive suicide attempts which is a key risk factor for completed suicide.

Keywords: risk of suicidal behavior, bipolar disorder, cannabinoids, drug resistance, abstinence, depression, anxiety, affective disorders, addiction.

Citation example: Klimova I.Yu., Ovchinnikov A.A. The risk of suicidal behavior in depression in the structure of bipolar disorder complicated by plant cannabinoid addiction. *Journal of Siberian Medical Sciences*. 2022;6(3):7–14. DOI: 10.31549/2542-1174-2022-6-3-7-14

ВВЕДЕНИЕ

Биполярное аффективное расстройство (БАР) является одной из наиболее часто встречающихся форм психических заболеваний [1–6]. Распространенность БАР в популяции составляет в среднем около 3.5 % [7].

По данным клинических наблюдений депрессивные состояния в структуре биполярного аффективного расстройства наблюдаются у 23.8 % обследованных больных [8–12]. В большинстве исследований показано, что в сравнении с общей популяцией стандартизированный коэффициент смертности у больных составляет около 30 %; на долю пациентов с БАР приходится 1.4 % от общего числа смертей [13, 14].

Особой проблемой является связь БАР с наркологическими расстройствами. Подобная коморбидность привносит не только существенные искажения в клиническую картину заболевания, затрудняющего диагностику, но и влияет на терапию в контексте фармакорезистентности данного контингента пациентов, учитывая высокий суицидальный риск [14–16].

Статистические данные свидетельствуют о высокой распространенности наркологической патологии среди лиц, имеющих психические заболевания [16, 17]. Особенностью развития наркологической ситуации в настоящий момент

INTRODUCTION

Bipolar disorder (BD) is one of the most common forms of mental illness [1–6]. The prevalence of BD in the population averages about 3.5% [7].

According to clinical observations, depressive states in the structure of bipolar disorder are noted in 23.8% of the examined patients [8–12]. Most studies show that compared with the general population, the standardized mortality rate in patients is about 30%; BD patients account for 1.4% of the total number of deaths [13, 14].

A particular problem is the association of BD with substance use disorders. Such comorbidity not only distorts significantly the clinical picture of the disease, which makes diagnosis difficult, but also affects therapy in terms of drug resistance in this group of patients, given the high suicide risk [14–16].

Statistical data indicate a high prevalence of substance use disorders among people with mental illness [16, 17]. A feature of the current substance use disorders' situation is an increase in the number of people with comorbid mental and substance use disorders [17, 18]. The main obstacle to the diagnostic search for these disorders is the phenotypic continuity, as well as the high incidence of subclinical, paucisymptomatic forms of mental illness [18].

является увеличение числа лиц с коморбидными психическими и наркологическими расстройствами [17, 18]. Основным препятствием диагностического поиска этих расстройств является фенотипическая «непрерывность», а также высокая частота встречаемости субклинических, стертых форм психической патологии [18].

В настоящее время остается малоизученным вопрос коморбидности БАР и зависимости от растительных каннабиноидов в контексте суицидального риска, что обосновывает актуальность данного клинического исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить степень риска суицидального поведения при депрессии в структуре биполярного аффективного расстройства, осложненного зависимостью от растительных каннабиноидов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для данного исследования было отобрано 58 пациентов с диагнозом «биполярное аффективное расстройство (код по МКБ-10 – F31), ассоциированное с синдромом зависимости от употребления каннабиноидов» (F12) – основная группа (ОГ). В контрольную группу (КГ) вошли 100 пациентов с диагнозом «биполярное аффективное расстройство» (F31), без ассоциированной патологии. Средний возраст пациентов ОГ составил 34 ± 4 года, средний возраст пациентов КГ – 32 ± 3 года. Длительность заболевания в обеих группах – от 1 года до 5 лет.

Критериями исключения являлись: маниакальные состояния по шкале мании Янга, наличие психопродуктивной симптоматики, психомоторное возбуждение, отказ от участия в исследовании, клиническая картина острой интоксикации каннабиноидами, интоксикация другими психоактивными веществами (ПАВ), тяжелые сопутствующие соматические заболевания. Каждому пациенту предоставлялась стандартная форма информированного согласия на участие в научном исследовании с разъяснением целей, задач и используемых методов.

Использовались следующие методы и шкалы: клинический метод – оценка психического статуса, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера – Ханина, шкала оценки риска суицида (SAD PERSONS Scale). С целью оценки клинико-динамических особенностей БАР исследование проводилось трижды с интервалом 6 мес.

At present, the issue of comorbidity of BD and plant cannabinoid addiction in terms of suicide risk remains poorly understood, which justifies the relevance of this clinical study.

AIM OF THE RESEARCH

To assess the risk of suicidal behavior in depression in the structure of bipolar disorder complicated by plant cannabinoid addiction.

MATERIALS AND METHODS

For this study, 58 patients were recruited with a diagnosis of BD (ICD-10 code – F31) associated with disorders due to use of cannabinoids (F12) – the main group (MG). The control group (CG) included 100 patients diagnosed with BD (F31) that had no comorbidities. The mean age of MG patients was 34 ± 4 years; the mean age of CG patients was 32 ± 3 years. The duration of the disease in both groups ranged from 1 to 5 years.

The exclusion criteria were: manic states on the Young Mania Rating Scale, the presence of positive symptoms, psychomotor agitation, refusal to participate in the study, the clinical picture of acute intoxication by cannabinoid, intoxication by other psychoactive substances (PAS), severe concomitant somatic diseases. Each patient was provided with a standard informed consent form for participation in a scientific study with an explanation of the goals, objectives and methods used.

The following methods and scales were used: the clinical method – mental status assessment, the Beck Depression Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory, the SAD PERSONS Scale for assessing of suicide risk. In order to assess the clinical and dynamic features of BD, the study was conducted three times at 6-months intervals.

RESULTS AND DISCUSSION

The results of the assessment on the Beck Depression Inventory showed that in the group of patients with BD complicated by plant cannabinoid addiction, depressive symptoms deteriorated over time: if at the beginning of the study the absence of depressive symptoms was diagnosed in 82% of patients, then after 12 months the number of patients who did not with signs of depression decreased by more than two times (37%). In addition, there was a deterioration of depressive symptoms. At baseline depressive symptoms were represented by signs of mild depression and amounted to 18%, after 6 months the number of patients with mild depressive symptoms increased to 34%,

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты оценки по шкале депрессии Бека показали, что в группе пациентов с БАР, осложненным зависимостью от растительных каннабиноидов, с течением времени отмечалось утяжеление депрессивной симптоматики: если в начале исследования отсутствие депрессивной симптоматики диагностировано у 82 % пациентов, то через 12 мес количество пациентов, не имеющих признаков депрессии, сократилось более чем в два раза (37 %). Кроме того, было отмечено утяжеление депрессивной симптоматики. На момент исследования депрессивная симптоматика была представлена признаками легкой депрессии и составила 18 %, через 6 мес количество пациентов с легкой депрессивной симптоматикой возросло до 34%, умеренная депрессивная симптоматика обнаруживалась у 9% пациентов данной группы. Через 12 мес в данной группе пациентов легкая депрессия диагностирована у 40 % пациентов, умеренная депрессия – у 16 %, выраженная депрессия – у 7 % пациентов (табл. 1). Результаты оценки по шкале депрессии Бека в контрольной группе на протяжении всего периода исследования не показали существенных различий и были представлены в основном легкой депрессивной симптоматикой (см. табл. 1).

При оценке уровня тревожности пациентов основной группы по шкале Спилбергера – Ханина (реактивная тревога) было отмечено увеличение уровня тревоги с течением времени: если на момент исследования отсутствие тревож-

moderate depressive symptoms were found in 9% of patients in this group. After 12 months in this group of patients, mild depression was diagnosed in 40% of patients, moderate depression in 16%, major depression in 7% of patients (Table 1). The results of the assessment on the Beck Depression Inventory in the control group throughout the entire study period did not show significant differences and were mainly represented by mild depressive symptoms (see Table 1).

When assessing the level of anxiety of patients in the main group according to the State-Trait Anxiety Inventory, an increase in the level of anxiety over time was noted: if at baseline the absence of anxiety symptoms was in 84% of patients, then after 12 months there were no signs of anxiety symptoms in 52% patients. The anxiety level increased: at baseline the minimal anxiety symptoms amounted to 12%, after 12 months it was already 25%; in addition, at an interval of 12 months, moderate anxiety symptoms increased up to 14%, and severe anxiety symptoms – up to 9%, which was not observed in this group previously. In the CG, anxiety symptoms were practically absent throughout the study (Table 2).

When assessing the risk of suicide according to the SAD PERSONS Scale, at baseline in the MG, a low risk of suicide was diagnosed in 93% of patients, after 6 months – in 80%, after 12 months – only in 66% of patients. There was also an increase in the risk of suicide from medium to very high at an interval of 6 and 12 months, respectively. This circumstance illustrates the close relationship between drug

Таблица 1. Результаты оценки выраженности депрессии по шкале депрессии Бека (%)

Table 1. The results of the assessment of depressive state according to the Beck Depression Inventory (%)

Показатель Indicator	Начало исследования At baseline		Через 6 мес After 6 months		Через 12 мес After 12 months	
	Основная группа Main group	Конт-рольная группа Control group	Основная группа Main group	Конт-рольная группа Control group	Основная группа Main group	Конт-рольная группа Control group
Отсутствие депрессивной симптоматики No depressive symptoms	82*	77*	57*	80*	37*	78**
Легкая депрессия Mild depression	18**	23**	34*	20**	40*	22*
Умеренная депрессия Moderate depression	0	0	9**	0	16**	0
Выраженная депрессия Major depression	0	0	0	0	7*	0

* $p < 0.005$.

** $p < 0.05$.

ной симптоматики отмечалось у 84 % пациентов, то через 12 мес признаки тревожной симптоматики отсутствовали у 52 % пациентов. Уровень тревоги нарастал: на момент исследования низкий уровень тревоги составил 12 %, через 12 мес – уже 25 %; кроме того, с интервалом 12 мес отмечен рост умеренной тревожности до 14 % и высокий уровень тревоги – до 9 %, чего не наблюдалось в данной группе ранее. В КГ тревожная симптоматика практически отсутствовала на протяжении всего исследования (табл. 2).

При оценке риска суицида по шкале SAD PERSONS Scale на момент исследования в ОГ низкий риск суицида диагностирован у 93 % пациентов, через 6 мес – у 80 %, через 12 мес – лишь у 66 % пациентов. Также было отмечено нарастание уровня риска суицида от среднего до очень высокого с интервалом 6 и 12 мес соответственно. Данное обстоятельство иллюстрирует тесную взаимосвязь фармакорезистентности, ассоциированной с употреблением растительных каннабиноидов, и суицидального риска. На начало исследования в основной группе отсутствовали пациенты с высоким и очень высоким риском суицида. Через 6 мес высокий риск суицида отмечался у 8 % пациентов в основной группе, через 12 мес – у 11 %, очень высокий риск суицида – у 4 % пациентов данной группы. В контрольной группе на протяжении всего периода исследования риск суицида был минимальным (табл. 3).

Таким образом, проведенное исследование показало, что риск суицидального поведения

resistance associated with the use of plant cannabinoids and suicide risk. At baseline there were no patients with high and very high risk of suicide in the main group. After 6 months, a high risk of suicide was observed in 8% of patients in the main group, after 12 months – in 11%, a very high risk of suicide – in 4% of patients in this group. In the control group, the risk of suicide was minimal throughout the study (Table 3).

Thus, the study showed that the risk of suicidal behavior in depression in the structure of BD, complicated by plant cannabinoid addiction, significantly increases, which is confirmed by the results of assessment according to psychometric scales (after 6 months since the beginning of the study, a high risk of suicide was diagnosed in 8% of cases, after 12 months – in 11% of cases, very high risk – in 4% of cases). The aggravation of the mental state of patients with depression in the structure of BD was confirmed by the assessment of results on the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory, which demonstrates a significant contribution of the forced withdrawal in the absence of the possibility of using PAS in a psychiatric hospital. In addition, the aggravation of the mental state was confirmed by the frequency and longer duration of hospitalizations in a psychiatric hospital: in the MG, the average length of hospital stay after 6 months since the beginning of the study was about 5.3 ± 2 months (67%, $p < 0.005$), after 12 months – about 5.9 ± 1 month (72%, $p < 0.005$). In the treatment of this category of patients, high drug resistance was noted (73–86%, $p < 0.05$).

Таблица 2. Результаты оценки уровня тревожности по шкале Спилбергера – Ханина (%)
Table 2. The results of assessment of anxiety symptoms according to the State-Trait Anxiety Inventory (%)

Показатель Indicator	Начало исследования At baseline		Через 6 мес After 6 months		Через 12 мес After 12 months	
	Основная группа Main group	Конт- рольная группа Control group	Основная группа Main group	Конт- рольная группа Control group	Основная группа Main group	Конт- рольная группа Control group
Отсутствие тревожной симптоматики No anxiety symptoms	84*	89	76	87	52	87
Низкая тревожность Minimal anxiety symptoms	12**	11	16	13	25	13
Умеренная тревожность Moderate anxiety symptoms	4	0	8	0	14	0
Высокая тревожность Severe anxiety symptoms	0	0	0	0	9	0

* $p < 0.005$.

** $p < 0.05$.

Таблица 3. Результаты оценки риска суицида по SAD PERSONS Scale (%)
Table 3. Results of the suicide risk assessment according to SAD PERSONS Scale (%)

Риск суицида Suicide risk	Начало исследования At baseline		Через 6 мес After 6 months		Через 12 мес After 12 months	
	Основная группа Main group	Контрольная группа Control group	Основная группа Main group	Контрольная группа Control group	Основная группа Main group	Контрольная группа Control group
Низкий / Low	93*	96*	80**	95**	66**	95*
Средний / Medium	7**	4*	12*	5*	19*	5*
Высокий / High	0	0	8*	0	11**	0
Очень высокий Very high	0	0	0	0	4*	0

* $p < 0.005$.

** $p < 0.05$.

при депрессии в структуре БАП, осложненного зависимостью от растительных каннабиноидов, значительно повышается, что подтверждается результатами оценки по психометрическим шкалам (через 6 мес от начала исследования высокий риск суицида диагностирован в 8 % случаев, через 12 мес – в 11% случаев, очень высокий риск – в 4 % случаев). Утяжеление психического состояния пациентов при депрессии в структуре БАП подтвердилось по результатам оценки по шкале депрессии Бека и шкале тревоги Спилбергера – Ханина, что демонстрирует существенный вклад «вынужденной» абстиненции в отсутствие возможности употребления ПАВ в условиях профильного стационара. Кроме того, утяжеление психического состояния подтверждалось частотой и большей продолжительностью госпитализаций в круглосуточный психиатрический стационар: в ОГ средняя продолжительность госпитализации в стационар через 6 мес от начала исследования составила около 5.3 ± 2 мес (67 %, $p < 0.005$), через 12 мес – около 5.9 ± 1 мес (72 %, $p < 0.005$). При терапии данной категории больных отмечена высокая фармакологическая резистентность (73–86 %, $p < 0.05$).

В контрольной группе отмечалась положительная динамика депрессивного состояния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что употребление растительных каннабиноидов повышает риск суицидального поведения. Депрессия в структуре биполярного аффективного расстройства, ассоциированная с зависимостью от растительных каннабиноидов, отличалась фармакорезистентностью к проводимой терапии,

In the control group, there was a positive dynamics of the depressive state.

CONCLUSION

The study has shown that the use of plant cannabinoids increases the risk of suicidal behavior. Depression in the structure of bipolar affective disorder associated with plant cannabinoid addiction had a drug resistance to therapy, which led to an increase in the length of hospital stay. Drug resistance and forced abstinence in a psychiatric hospital provoked an increase in the anxiety level, which was confirmed by the assessment of results on the State-Trait Anxiety Inventory. Thus, increased levels of anxiety led to compulsive suicide attempts, which is a key risk factor for completed suicide.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

что приводило к удлинению сроков нахождения пациентов в условиях круглосуточного стационара. Фармакорезистентность и «вынужденная» абстиненция в условиях круглосуточного стационара провоцировали повышение уровня тревоги, что подтверждалось результатом оценки по шкале тревоги Спилбергера – Ханина. Таким образом, повышение уровня тревоги приводило к компульсивным суицидным попыткам, являющимся ключевым фактором риска завершённого суицида.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Жилиева Т.В., Мазо Г.Э. Новый подход к систематике психических заболеваний: точка опоры или точка зрения? // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2020;3:3–10. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-3-3-10.
2. Петрова Н.Н., Ашенбреннер Ю.В. Биполярное аффективное расстройство первого типа и психосоциальное функционирование больных // Социальная и клин. психиатрия. 2018;28(1):10–14.
3. Потанин С.С., Морозова М.А. Оправдано ли назначение антидепрессантов при биполярной депрессии с точки зрения доказательной медицины? // Психиатрия. 2020;18(2):51–60. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-51-60.
4. Baez S., Pinasco C., Roca M. et al. Brain structural correlates of executive and social cognition profiles in behavioral variant frontotemporal dementia and elderly bipolar disorder // Neuropsychologia. 2019;126:159–169. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2017.02.012.
5. Chakroun M., Zgueb Y., Khaled D.B. et al. What are the characteristics of patients with bipolar disorder type I who attempt suicide? // Pan Afr. Med. J. 2020;37:116. (In French)
6. Барденштейн Л.М., Осипова Н.Н., Славгородский Я.М. и др. Биполярное аффективное расстройство II типа // Рос. мед. журн. 2018;24(3):157–162. DOI: 10.18821/0869-2106-2018-24-3-157-162.
7. Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Иванова С.А., Бохан Н.А. Суицидальное поведение больных биполярным аффективным расстройством при коморбидных психических заболеваниях // Суицидология. 2018;9(3):86–92. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92.
8. Захарова К.В., Аведисова А.С., Самогалева И.С., Аркуша И.А., Лузин Р.В. Влияние апатии на депрессию в позднем возрасте // Неврологический вестн. 2018;50(4):88–89.
9. Колягин В.В. Биполярное аффективное расстройство: пособие для врачей: в 2 ч. Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2015. Ч. 2. 48 с.
10. Bauer I.E., Soares J.C., Selek S., Meyer T.D. The link between refractoriness and neuroprogression in treatment-resistant bipolar disorder // Mod. Trends Pharmacopsychiatry. 2017;31:10–26. DOI: 10.1159/000470803.
11. Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 384 с.
12. Dols A., Beekman A. Older age bipolar disorder // Psychiatric Clin. North Amer. 2018;41(1):95–110. DOI: 10.1016/j.psc.2017.10.008.
13. Eyler L.T., Aebi M.E., Daly R.E. et al. Understanding aging in bipolar disorder by integrating archival clinical research datasets // Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2019;27(10):1122–1134. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.04.003.
14. Goldstein B.I., Baune B.T., Bond D.J. et al. Call to action regarding the vascular-bipolar link: A report from the Vascular Task Force of the International Society for

REFERENCES

1. Neznanov N.G., Rukavishnikov G.V., Kaysanov E.D., Zhilyaeva T.V., Mazo G.E. New approach to mental disorders systematic: starting point or point of view? *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2020;3:3–10. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-3-3-10. (In Russ.)
2. Petrova N.N., Ashenbrenner Yu.V. Bipolar disorder type I and patients' psychosocial functioning. *Social and Clinical Psychiatry*. 2018;28(1):10–14. (In Russ.)
3. Potanin S.S., Morozova M.A. Is the prescription of antidepressants for bipolar depression justified from the point of view of evidence-based medicine? *Psykhiatriya*. 2020;18(2):51–60. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-51-60. (In Russ.)
4. Baez S., Pinasco C., Roca M. et al. Brain structural correlates of executive and social cognition profiles in behavioral variant frontotemporal dementia and elderly bipolar disorder. *Neuropsychologia*. 2019;126:159–169. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2017.02.012.
5. Chakroun M., Zgueb Y., Khaled D.B. et al. What are the characteristics of patients with bipolar disorder type I who attempt suicide? *Pan Afr. Med. J.* 2020;37:116. (In French)
6. Bardenshteyn L.M., Osipova N.N., Slavgorodskiy Ya.M. et al. The bipolar affective disorder type II // *Rossiiskii meditsinskii zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal)*. 2018;24(3):157–162. DOI: 10.18821/0869-2106-2018-24-3-157-162. (In Russ.)
7. Vasileva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Ivanova S.A., Bokhan N.A. Suicidal behavior of patients suffering from bipolar affective disorder and comorbid mental diseases // *Suicidology*. 2018;9(3):86–92. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-86-92. (In Russ.)
8. Zakharova K.V., Avedisova A.S., Samotaeva I.S., Arkusha I.A., Luzin R.V. Influence of apathy on late-life depression // *Neurology Bulletin*. 2018;50(4):88–89. (In Russ.)
9. Kolyagin V.V. (2015). Bipolar Affective Disorder. Guide for Doctors: In 2 parts. Irkutsk. Pt. 2. 48 p. (In Russ.)
10. Bauer I.E., Soares J.C., Selek S., Meyer T.D. The link between refractoriness and neuroprogression in treatment-resistant bipolar disorder. *Mod. Trends Pharmacopsychiatry*. 2017;31:10–26. DOI: 10.1159/000470803.
11. Mosolov S.N. (2008). *Bipolar Disorder: Diagnosis and Therapy*. Moscow: MEDpress-inform, 384 p. (In Russ.)
12. Dols A., Beekman A. Older age bipolar disorder. *Psychiatric Clin. North Amer.* 2018;41(1):95–110. DOI: 10.1016/j.psc.2017.10.008.
13. Eyler L.T., Aebi M.E., Daly R.E. et al. Understanding aging in bipolar disorder by integrating archival clinical research datasets. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2019;27(10):1122–1134. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.04.003.
14. Goldstein B.I., Baune B.T., Bond D.J. et al. Call to action regarding the vascular-bipolar link: A report from the Vascular Task Force of the International Society for

- Bipolar Disorders // Bipolar Disord. 2020;22(5):440–460. DOI: 10.1111/bdi.12921.
15. Karabulut S., Taçdemir İ, Akcan U. et al. Inflammation and neurodegeneration in patients with early-stage and chronic bipolar disorder // *Türk Psikiyatri Derg.* 2019;30(2):75–81. (In Turkish)
 16. Sajatovic M., Eyler L.T., Rej S. et al. The Global Aging & Geriatric Experiments in Bipolar Disorder Database (GAGE-BD) project: Understanding older-age bipolar disorder by combining multiple datasets // *Bipolar Disord.* 2019;21(7):642–649. DOI: 10.1111/bdi.12795.
 17. Smilowitz S., Afztab A., Aebi M. et al. Age-related differences in medication adherence, symptoms, and stigma in poorly adherent adults with bipolar disorder // *J. Geriatr. Psychiatry and Neurol.* 2020;33(5):250–255. DOI: 10.1177/0891988719874116.
 18. Young R.C., Mulsant B.H., Sajatovic M. et al. GERI-BD: a randomized double-blind controlled trial of lithium and divalproex in the treatment of mania in older patients with bipolar disorder // *Am. J. Psychiatry.* 2017;174(11):1086–1093.
 15. Karabulut S., Taçdemir İ, Akcan U. et al. Inflammation and neurodegeneration in patients with early-stage and chronic bipolar disorder. *Türk Psikiyatri Derg.* 2019;30(2):75–81. (In Turkish)
 16. Sajatovic M., Eyler L.T., Rej S. et al. The Global Aging & Geriatric Experiments in Bipolar Disorder Database (GAGE-BD) project: Understanding older-age bipolar disorder by combining multiple datasets. *Bipolar Disord.* 2019;21(7):642–649. DOI: 10.1111/bdi.12795.
 17. Smilowitz S., Afztab A., Aebi M. et al. Age-related differences in medication adherence, symptoms, and stigma in poorly adherent adults with bipolar disorder. *J. Geriatr. Psychiatry and Neurol.* 2020;33(5):250–255. DOI: 10.1177/0891988719874116.
 18. Young R.C., Mulsant B.H., Sajatovic M. et al. GERI-BD: a randomized double-blind controlled trial of lithium and divalproex in the treatment of mania in older patients with bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry.* 2017;174(11):1086–1093.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Климова Ирина Юрьевна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия. SPIN-код: 5189-8069.

Овчинников Анатолий Александрович – д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия. ORCID: 0000-0003-1468-1620. SPIN-код: 2228-5923.

ABOUT THE AUTHORS

Irina Yu. Klimova – Assistant, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. SPIN-code: 5189-8069.

Anatoliy A. Ovchinnikov – Dr. Sci. (Med.), Professor, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. ORCID: 0000-0003-1468-1620. SPIN-code: 2228-5923.