

Данная информация носит ознакомительный характер, основана на цитировании официальных источников и анализе автора. Всегда консультируйтесь с лечащим врачом. Имеются противопоказания.

### Биполярные и родственные расстройства включает в себя

- ✓ - биполярное расстройство I типа,
- ✓ - биполярное расстройство II типа,
- ✓ - циклотимическое расстройство,
- ✓ - биполярное расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ/лекарств, и родственное расстройство,
- ✓ - биполярное расстройство и родственное расстройство, вызванное другим заболеванием,
- ✓ - другое уточненное биполярное и родственное расстройство, а также неуточненное биполярное расстройство и родственное расстройство.

### Критерии БАР I из DSM5rt

Для диагностики **биполярного расстройства I типа** необходимо соответствие следующим критериям **маниакального эпизода**. Маниакальному эпизоду могут предшествовать или следовать за ним гипоманиакальные или большие депрессивные эпизоды.

**А.** Критерии соблюдены по крайней мере для одного маниакального эпизода (критерии А–D в разделе «Маниакальный эпизод» ниже).

**Б.** По крайней мере, один маниакальный эпизод не может быть лучше объяснен шизоаффективным расстройством и не накладывается на шизофрению, шизофреноформное расстройство, бредовое расстройство или другой уточненный или неуточненный спектр шизофрении и другие психотические расстройства.

#### Спецификаторы:

- Текущий или последний/недавний эпизод – маниакальный
- Текущий или последний/недавний эпизод – гипоманиакальный (указатель тяжести для гипомании не применяется)
- Текущий или последний/недавний эпизод – депрессивный
- Текущий или последний/недавний эпизод - неопределенный (указатели тяжести, наличия или отсутствия психоза и ремиссии не применяются)

По тяжести – легкая, умеренная, тяжелая (**тяжелый эпизод ставится сразу же тогда, когда есть - суицидальные мысли или поведение , мысли о убийстве или соответствующее поведение, направленное на убийство, агрессивное поведение, психотические проявления, неверное суждение, которое подвергает пациента или других лиц неминуемому риску причинения вреда)**)

- С психотическими чертами (спецификатор устанавливается независимо от тяжести)
- В полной ремиссии
- В частичной ремиссии

Укажите , если:

- С тревожным расстройством
- Со смешанными чертами
- При быстрой цикличности

- С меланхолическими чертами
- С нетипичными чертами
- С психотическими особенностями, соответствующими настроению (применимо к маниакальному эпизоду и/или большому депрессивному эпизоду)
- С психотическими особенностями, не соответствующими настроению (применимо к маниакальному эпизоду и/или большому депрессивному эпизоду)
- При кататонии. Примечание по кодированию: используйте дополнительный код.
- С началом в послеродовом периоде (Уточнение «с началом после родов» следует использовать для эпизодов настроения, которые начинаются во время беременности или в течение 4 недель после родов.)
- С сезонным характером

### Критерии Маниакального эпизода из DSM5rt

**А.** Отчетливый период аномально и постоянно повышенного, экспансивного или раздражительного настроения и аномально и постоянно повышенной активности или энергии, продолжающийся не менее **1 недели** и **присутствующий большую часть дня, почти каждый день** (или любую продолжительность, если необходима госпитализация). ).

**Б.** В период нарушения настроения и повышенной энергичности или активности **три (или более) из следующих симптомов (четыре, если настроение только раздражительное)** присутствуют в значительной степени и представляют собой заметное изменение от **обычного поведения**:

1. Взвинченное поведение, грандиозность.
2. Снижение потребности во сне (например, чувствует себя отдохнувшим уже после 3 часов сна).
3. Более разговорчив, чем обычно.
4. Полет идей или субъективное ощущение, что мысли мчатся.
5. Отвлекаемость (т. е. слишком легкое привлечение внимания к неважным или не относящимся к делу вопросам, внешним раздражителям), как сообщалось или наблюдалось.
6. Увеличение целенаправленной активности (социальной, на работе или в школе, сексуальной) или психомоторного возбуждения (т. е. бесцельной деятельности).
7. Чрезмерное участие в деятельности, которая имеет высокий потенциал болезненных последствий (например, участие в безудержных покупках, сексуальная неосмотрительность или глупые инвестиции).

**С.** Расстройство настроения **достаточно серьезное, чтобы вызвать заметные нарушения социального или профессионального функционирования** или вызвать необходимость госпитализации для предотвращения причинения вреда себе или другим, или имеются психотические признаки.

**Д.** Эпизод не связан с физиологическим воздействием вещества (например, злоупотребляемого наркотика, лекарства, иного лечения) или другого медицинского состояния.

Примечание. Полный маниакальный эпизод, который возникает во время лечения антидепрессантами (например, лекарствами, электросудорожной терапией), но сохраняется на полностью синдромальном уровне, выходящем за пределы физиологического эффекта этого лечения, является достаточным доказательством маниакального эпизода и, следовательно, диагноза биполярного расстройства I типа.

Примечание. Критерии А–D представляют собой маниакальный эпизод. **Для диагностики биполярного расстройства I типа необходим как минимум один маниакальный эпизод в жизни.**

### Критерии Гипоманиакального эпизода из DSM5r

**А.** Отчетливый период аномально и постоянно повышенного, экспансивного или раздражительного настроения и аномально и постоянно повышенной активности или энергии, продолжающийся не **менее 4 дней подряд и присутствующий большую часть дня, почти каждый день.**

**Б.** В период нарушения настроения и повышения энергии и активности **три (или более) из следующих симптомов (четыре, если настроение только раздражительное)** сохраняются, представляют собой заметное изменение по сравнению с **обычным поведением** и присутствуют в значительной степени:

1. Завышенная самооценка или грандиозность
2. Снижение потребности во сне (например, чувствует себя отдохнувшим уже после 3 часов сна).
3. Более разговорчив, чем обычно.
4. Полет идей или субъективное ощущение, что мысли мчатся.
5. Отвлекаемость (т. е. слишком легкое привлечение внимания к неважным или не относящимся к делу вопросам, внешним раздражителям), как сообщалось или наблюдалось.
6. Увеличение целенаправленной активности (социальной, на работе или в школе, сексуальной) или психомоторного возбуждения.
7. Чрезмерное участие в деятельности, которая имеет высокий потенциал болезненных последствий (например, участие в безудержных покупках, сексуальная неосмотрительность или глупые инвестиции).

**С.** Эпизод связан с явным изменением функционирования, которое нехарактерно для человека, .

**Д.** Нарушение настроения и изменение функционирования заметны окружающим, наблюдаются другими людьми.

**Е.** Эпизод **недостаточно серьезен**, чтобы вызвать заметные нарушения социального или профессионального функционирования, или вызвать необходимость госпитализации. Если имеются психотические черты, эпизод по определению является маниакальным.

**Ф.** Эпизод не связан с физиологическим воздействием какого-либо вещества (например, злоупотребляемого наркотика, лекарства, другого лечения) или другого медицинского состояния.

Примечание. Полный гипоманиакальный эпизод, который возникает во время лечения антидепрессантами (например, медикаментами, электросудорожной терапией), но сохраняется на полностью синдромальном уровне, выходящем за рамки физиологического эффекта этого лечения, является достаточным доказательством для диагноза гипоманиакального эпизода. Однако следует соблюдать осторожность, выявление одного или двух симптомов (особенно повышенная раздражительность, нервозность или возбуждение после применения антидепрессантов), не считается достаточным для диагностики гипоманиакального эпизода и не обязательно указывает на биполярный диатез.

Примечание. Критерии А–F представляют собой гипоманиакальный эпизод. Гипоманиакальные эпизоды часто встречаются при биполярном расстройстве I типа, но не являются обязательными для диагностики биполярного расстройства I типа.

## Критерии Большого депрессивного эпизода из DSM5r

**А. Пять (или более)** из следующих симптомов присутствовали в течение одного и того же **двухнедельного периода** и представляют собой изменение **по сравнению с предыдущим функционированием**; по крайней мере, одним из симптомов является либо (1) подавленное настроение, либо (2) потеря интереса или удовольствия.

1. Подавленное настроение большую часть дня, почти каждый день, на что указывает либо субъективное мнение (например, чувство грусти, опустошенности или безнадежности), либо наблюдения других (например, слезливость).

*(Примечание: У детей и подростков может быть раздражительное настроение.)*

2. Заметное снижение интереса или удовольствия от всех или почти всех видов деятельности большую часть дня, почти каждый день (на что указывают либо субъективные оценки, либо наблюдения).

3. Значительная потеря веса при отказе от диеты или увеличение веса (например, изменение более чем на 5% массы тела за месяц), либо снижение или увеличение аппетита почти каждый день.

*(Примечание: у детей следует учитывать неспособность набрать ожидаемый вес.)*

4. Бессонница или гиперсомния почти каждый день.

5. Психомоторное возбуждение или заторможенность почти каждый день (замечаемые окружающими, а не просто субъективные ощущения беспокойства или заторможенности).

6. Усталость или потеря энергии почти каждый день.

7. Чувство никчемности, чрезмерной или неуместной вины (которая может быть бредовой) почти каждый день (а не просто упреки самого себя или вина за болезнь).

8. Снижение способности думать или концентрироваться, или нерешительность почти каждый день. (либо по субъективному мнению, либо по наблюдениям других).

9. Повторяющиеся мысли о смерти (не только страх смерти), повторяющиеся суицидальные мысли без конкретного плана, либо попытка самоубийства, либо конкретный план совершения самоубийства.

**Б.** Симптомы вызывают клинически значимый **дистресс или нарушения** в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

**С.** Эпизод не может быть объяснен физиологическим действием какого-либо вещества или вещества, другим медицинским состоянием.

Примечание. Критерии А–С представляют собой большой депрессивный эпизод. Большие депрессивные эпизоды часто встречаются при биполярном расстройстве I типа, но не являются обязательными для диагностики биполярного расстройства I типа.

### Некоторые факты из справочника по БАРІ:

- ✚ **Пиковый возраст начала** биполярного расстройства I типа в исследованиях составляет от 20 до 30 лет, но начало заболевания происходит на протяжении всего жизненного цикла
- ✚ Более 90% людей, перенесших один маниакальный эпизод, впоследствии испытывают повторяющиеся приступы настроения.
- ✚ Лица с биполярным расстройством I типа, у которых в течение предшествующих 12 месяцев наблюдались множественные (четыре или более) эпизоды настроения (большая депрессия, маниакальная или гипоманиакальная форма), получают уточнение **«с быстрой циклическостью»** — распространенный вариант, связанный с худшими результатами. *(некоторые говорят что-то в духе «ну вот, я попробовал твой доказательный препарат - не помогает, не лечит, фигня это все» именно на том человеке в таком состоянии, когда ИЗВЕСТНО и ОЖИДАЕМО, что препарат, пусть он и доказан при данном состоянии, ВПОЛНЕ СЕБЕ может НЕ справиться).*
- ✚ **Течение** биполярного расстройства I типа весьма неоднородно.
- ✚ Наличие **смешанных признаков** маниакального эпизода связано с худшим прогнозом, худшей реакцией на литий и суицидальным поведением.
- ✚ **Употребление** психоактивных веществ связано с обострением маниакальных симптомов среди людей с диагнозом биполярного расстройства, а также с первым появлением маниакальных симптомов среди населения в целом
- ✚ **Генетические процессы** сильно влияют на предрасположенность к биполярному расстройству: в некоторых исследованиях близнецов наследственность оценивается примерно в 90%. Новые генетические открытия показывают, что склонность к мании и депрессии наследуются отдельно, а биполярное расстройство имеет общее генетическое происхождение с шизофренией.
- ✚ **Культурные факторы** могут влиять на распространенность расстройств. *Например, в странах с культурными ценностями, ориентированными на вознаграждение, которые придают большое значение индивидуальному стремлению к вознаграждению, наблюдается относительно более высокая распространенность биполярного расстройства. В Соединенных Штатах люди с биполярным расстройством имели более ранний возраст начала заболевания, чем жители Европы, и с большей вероятностью имели семейный анамнез психических расстройств.*
- ✚ **Женщины** могут с большей вероятностью испытывать быстрые циклические и смешанные состояния, а также иметь структуру сопутствующих заболеваний, отличающуюся от таковой у мужчин. Женщины с биполярным расстройством I или II типа чаще страдают депрессивными симптомами, чем мужчины. У них также более высокий риск развития расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в течение жизни, чем у мужчин, и гораздо большая вероятность возникновения расстройств, связанных с употреблением алкоголя, чем у женщин в общей популяции.
- ✚ **Попытки самоубийства** чаще встречаются у женщин, самоубийства со смертельным исходом чаще встречаются у мужчин с биполярным расстройством.

- ✚ **Когнитивные нарушения** сохраняются на протяжении всей жизни, даже в эутимические периоды, и могут способствовать возникновению профессиональных и межличностных трудностей.
- ✚ Наиболее часто **коморбидными расстройствами являются** тревожные расстройства, расстройства, связанные с употреблением алкоголя, расстройства, связанные с употреблением других психоактивных веществ, а также синдром дефицита внимания/гиперактивности.

#### **Дифф.диагноз кратко:**

- **Отличие от депрессии** – анамнез, исследование наличие в жизни мании и гипомании, история успеха или безуспешности лечения антидепрессантами, мания на антидепрессантах достаточно устойчивая и синдромально полная ПОСЛЕ выведения препарата из организма и уже не имеющая возможности объясниться побочкой АД *(поэтому, в рекомендациях по применению любых антидепрессантов, наличие гипомании и мании на АД является причиной отмены препаратов и наблюдения за человеком с целью дальнейшего диагностического поиска, пересмотра диагноза если потребуется, в том числе манию и гипоманию важно отличить от появления акатизии/тревожности, которая может появиться на АД, что чаще требует снижения дозы до минимально эффективных и переносимых, либо смена АД)*
- **Отличие от употребления ПАВ** (может быть и коморбидность)– при употреблении ПАВ симптомы БАР возникают в причинно-следственной связи, после выведения из организма ПАВ симптомы БАР должны пройти
- **Отличие от шизоаффективного** - шизоаффективное расстройство характеризуется периодами, когда маниакальные и большие депрессивные эпизоды совпадают с симптомами активной фазы шизофрении, и периодами, когда бред или галлюцинации возникают в течение как минимум 2 недель при отсутствии маниакального или большого депрессивного эпизода. Диагноз ставится как «биполярное расстройство I типа с психотическими особенностями», если психотические симптомы возникли исключительно во время маниакальных и больших депрессивных эпизодов.
- **Отличие от СДВГ** (может быть и коморбидность)- расстройство дефицита внимания/гиперактивности характеризуется стойкими симптомами невнимательности, гиперактивности и импульсивности, которые могут напоминать симптомы маниакального эпизода (например, отвлекаемость, повышенная активность, импульсивное поведение) и начинаются к 12 годам+ маниакальный эпизод не ограничивается только этими симптомами. Напротив, Симптомы мании при биполярном расстройстве I типа возникают отдельными эпизодами и обычно начинаются в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте.
- **Отличие от ПРЛ** (может быть коморбидность) - Расстройства личности, такие как пограничное расстройство личности, могут иметь существенное совпадение симптомов с биполярным расстройством I типа, поскольку лабильность настроения и импульсивность характерны для обоих состояний. Депрессивные синдромы или синдромы повышенного настроения при биполярном расстройстве более продолжительны (например, длятся от нескольких дней до недель) по сравнению с лабильными аффективными состояниями при пограничном расстройстве личности (например, длятся от нескольких минут до нескольких часов). Синдромы биполярного настроения менее связаны с событиями в

окружающей среде; напротив, лабильность настроения при пограничном расстройстве личности часто вызывается стрессорами, такими как воспринимаемое отвержение или неудача. Пограничное расстройство личности характеризуется нестабильными и напряженными межличностными отношениями, нарушением идентичности (колеблющееся представление о себе или самоощущение), хроническим чувством пустоты и безумными попытками избежать одиночества; эти особенности не характерны для биполярного расстройства.

### **БАР I в МКБ-11:**

Биполярное расстройство I типа – это периодическое аффективное расстройство, определяемое наличием одного или нескольких с течением времени маниакальных или смешанных эпизодов. **(выделяется в качестве критерия +смешанный эпизод, чего нет в DSM5, где смешанность указана в качестве спецификатора, а не критерия)**

#### **1. Маниакальный эпизод**

является **чрезмерно выраженным эмоциональным состоянием**, которое **длится по крайней мере одну неделю**, если его длительность не сокращена в ходе лечения. Это состояние характеризуется эйфорией, раздражительностью или экспансивностью, а также повышенной активностью или субъективным ощущением повышенной энергии, что сопровождается другими **характерными симптомами, такими как:**

- быстрая или напряженная речь,
  - скачка идей,
  - повышенная самооценка или ощущение величия,
  - снижение потребности во сне,
  - отвлекаемость,
  - импульсивное или безрассудное поведение.
- Характерной также является быстрая смена различных эмоциональных состояний (т. е. эмоциональная лабильность).

*(понятие маниакального эпизода также как и в DSM5 исходит первоначально от нарушения настроения и энергии, а потом дополняется следующими нарушениями – речь, мысли, поведение, поступки, сон, внимание; мания в мкб11 не подразделяется на степени тяжести как в dsm)*

#### **2.Смешанный эпизод**

характеризуется либо сочетанием, либо очень быстрым чередованием выраженных маниакальных и депрессивных симптомов большую часть дней в течение по крайней мере двух недель. (см. файл «смешанные включения»)

**Хотя диагноз может быть поставлен на основании одного маниакального или смешанного эпизода**, обычно такие эпизоды чередуются с депрессивными эпизодами на протяжении расстройства.

*Так же выделяется:*

*Текущий маниакальный эпизод без психотических симптомов*

*Текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами (сама психотическая симптоматика не специфицируется, по своим проявлениям она может быть по сути любая)*

### **3. Текущий гипоманиакальный эпизод:**

**Гипоманиакальный эпизод** является стойким эмоциональным состоянием, которое длится по крайней мере **несколько дней** и характеризуется **легким подъемом** настроения или повышенной раздражительностью и повышенной активностью или субъективным ощущением повышенной энергии, при этом оно сопровождается другими характерными симптомами, такими как:

- быстрая речь
- быстрые или скачущие мысли
- повышенная самооценка
- повышение сексуального влечения или общительности
- снижение потребности во сне
- отвлекаемость, импульсивное или безрассудное поведение.
- **Симптомы не настолько тяжелые**, чтобы вызвать заметные нарушения в профессиональном функционировании или в обычной социальной деятельности и отношениях с другими людьми, не требуют госпитализации и не сопровождаются наличием бредовых идей или галлюцинаций.

*(все также как и в DSM5)*

### **4. Текущий эпизод депрессивный**

(с указанием степени тяжести – легкий, умеренный и тяжелый; с указанием наличия или отсутствия психотических симптомов для УМЕРЕННОЙ и ТЯЖЕЛОЙ степени): Депрессивный эпизод характеризуется периодом почти ежедневно подавленного настроения и снижения интереса к деятельности, который длится **не менее двух недель** и сопровождается другими симптомами, такими как:

- трудности концентрации внимания
- чувство безнадежности, бесполезности
- чувство чрезмерной или неуместной вины
- повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве
- изменения аппетита и сна (как в сторону гипо так и гипер)
- психомоторное возбуждение или заторможенность
- снижение энергии или усталость.

*Данные критерии выполняются для любой степени тяжести. Понятно, что суицидальные мысли и все, что с ними связано – это риск, который следует отдельно оценить, чтобы понять и отделить, скажем, антивитаальные экзистенциальные человеческие поиски от реальных планов/намерений на убийство себя. Сами по себе суицидальные переживания не классифицируют*

*депрессивный эпизод как тяжелый, а вот содержание данных переживаний могут влиять на утяжеление эпизода.*

*Текущий эпизод депрессивный, неутонченной тяжести*

*Текущий смешанный без психотических симптомов*

*Текущий смешанный с психотическими симптомами*

Выделение ремиссий – полная, неполная с наличием предшествующего симптома

## **БАР I в МКБ-10**

я не буду обозревать критерии, а проанализирую важные положения

**Понятие бар1 в мкб10 - расстройство, характеризующееся повторными (по крайней мере двумя) эпизодами, при которых настроение и уровень активности значительно нарушены.**

Первое, что выделяет мкб10 – это наличие именно ДВУХ эпизодов расстройства настроения

Второе – ввиду сложности диагностики степени тяжести мании, в мкб10 когда-то решили не вводить утяжелитель, утяжелителя мании нет и в мкб11.

Третье – в мкб10 уточняется, что отдельным кодом выведено наличие маниакального эпизода (и других прочих эпизодов), исходя из той концепции, что БАР1 поставить по наличию одного маниакального эпизода – нельзя. БАР1 в мкб10 - это маниакально-депрессивный психоз, и все те известные данные о нем перенесены в классификацию мкб10 (например, что может случиться один эпизод мании и больше не случаться и потому это не БАР – эти данные неактуальны для настоящего времени). Миру уже известно, что для постановки БАР достаточно одного маниакального эпизода и концепция МДП пересмотрена с учетом нынешних достижений, с учетом важности своевременной правильной терапии.

Четвертое, довольно радикально отличающее мкб10 от всего того, что позиционируется в настоящем, цитирую: «Необходимо иметь в виду, что случаи, подпадающие под коды F30.2x, F31.2x, F31.5x, F32.3x и F33.3x, соответствуют диагнозу маниакально-депрессивного психоза в том случае, если имеющиеся психотические расстройства являются симптомами психотического состояния (конгруентны ему). Если психотические расстройства в случаях, обозначаемых этим же кодом, не являются симптомами аффективного состояния (не конгруентны ему), то по отечественной классификации, эти случаи должны рассматриваться как аффективно-бредовые варианты приступообразной (рекуррентной) шизофрении.»

Пятое – в мкб10 нет шифра для БАР2 и критериев, БАР2 кодируется шифром «другие..».

## **Разбор БАР II типа**

### **Критерии диагностики по DSM5tr**

Для диагностики биполярного расстройства II типа необходимо соответствие критериям **текущего или прошлого гипоманиакального эпизода и критериям текущего или прошлого большого депрессивного эпизода** (см.критерии выше)

**Маниакального эпизода никогда не было.**

По крайней мере, один гипоманиакальный эпизод и, по крайней мере, один большой депрессивный эпизод не могут быть лучше объяснены шизоаффективным расстройством и не накладываются на шизофрению, шизофреноформное расстройство, бредовое расстройство или

другой уточненный или неуточненный спектр шизофрении и другое психотическое расстройство.

Симптомы депрессии или непредсказуемость, вызванная частым чередованием периодов депрессии и гипомании, вызывают клинически значимый дистресс или ухудшение социальной, профессиональной или других важных функций.

Далее следуют точно такие же «указания», что для БАР II (*то есть, при бар2 согласно dsm5 может быть психотическое включение, например, а тяжесть указывается только для депрессии*)

### Про БАР 2 типа из справочника dsm5tr:

- ✚ Лица с биполярным расстройством II типа **обычно обращаются к врачу во время серьезного депрессивного эпизода**. Они вряд ли изначально будут жаловаться на гипоманию, поскольку либо не распознают симптомы гипомании, либо считают гипоманию желательной.
- ✚ **Гипоманиакальные эпизоды по определению не вызывают значительных нарушений**. Вместо этого нарушения возникают в результате тяжелых депрессивных эпизодов или постоянных непредсказуемых изменений настроения и нестабильного, ненадежного межличностного или профессионального функционирования.
- ✚ Лица с биполярным расстройством II типа **могут не рассматривать гипоманиакальные эпизоды как патологические или невыгодные**, хотя других может беспокоить беспорядочное поведение человека. (*поэтому бар2 ставится по катamnестическим сведениям о гипомании, буквально, со слов, но при этом, гипомания должна быть отчетлива в анамнезе*)
- ✚ **Гипоманиакальный эпизод не следует путать с несколькими днями эутимии и восстановления энергии или активности**, которые могут возникнуть после ремиссии большого депрессивного эпизода. Несмотря на существенные различия в продолжительности и тяжести маниакального и гипоманиакального эпизодов, биполярное расстройство II типа не является «более легкой формой» биполярного расстройства I типа.
- ✚ По сравнению с людьми с биполярным расстройством I типа, люди с биполярным расстройством II имеют более хроническое течение заболевания и **в среднем проводят больше времени в депрессивной фазе своего заболевания**, которая может быть тяжелой и/или инвалидизирующей.
- ✚ **Атипичные депрессивные симптомы** (гиперсомния, гиперфагия) распространены при обоих расстройствах, но в большей степени при биполярном расстройстве II типа. Люди с биполярным расстройством I типа на самом деле чаще испытывают симптомы гипомании, чем люди с биполярным расстройством II типа.
- ✚ **Лица, испытывающие гипоманию со смешанными проявлениями, могут не называть свои симптомы гипоманией**, а вместо этого воспринимать их как депрессию с повышенной энергией или раздражительностью. (см. файл «смешанные включения»)

- ✚ **Заболевание чаще всего начинается с депрессивного эпизода** и не распознается как биполярное расстройство II типа до тех пор, пока не возникнет гипоманиакальный эпизод. Многие люди испытывают несколько эпизодов большой депрессии до первого выявленного гипоманиакального эпизода, при этом между началом заболевания и диагностикой биполярного расстройства обычно проходит более 10 лет.
- ✚ У людей с биполярным расстройством II типа также наблюдаются более сильные сезонные колебания настроения по сравнению с людьми с биполярным расстройством I типа. Интервал между эпизодами настроения при биполярном расстройстве II типа имеет тенденцию уменьшаться с возрастом.
- ✚ Примерно у 5–15% людей с биполярным расстройством II типа в конечном итоге развивается маниакальный эпизод, который меняет диагноз на биполярное расстройство I типа, независимо от последующего течения.
- ✚ Биполярное расстройство II типа чаще всего связано с одним или несколькими сопутствующими психическими расстройствами, причем наиболее распространенными являются тревожные расстройства. Примерно 60% людей с биполярным расстройством II типа имеют три или более сопутствующих психических расстройства; у 75% имеется тревожное расстройство, чаще всего социальная тревога (38%), специфическая фобия (36%) и генерализованная тревога (30%).

### БАРИ в МКБ-11

Биполярное расстройство II типа является эпизодическим аффективным расстройством, которое определяется наличием одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и как минимум одного депрессивного эпизода.

Критерии гипомании и депрессии см. выше для МКБ11 БАРИ

Текущий эпизод такой же как для БАРИ относительно депрессии, по ремиссии все также как для БАРИ

Ну и БАРИ отсутствует в МКБ-10

- **Помимо международно признанных двух типов биполярного расстройства и циклотимии, существуют и другие типы, которые входят в биполярный спектр, но не являются официальными диагнозами:**

Биполярное расстройство ¼ типа - когда депрессия резко, быстро и не стойко реагирует на антидепрессанты

БР 1½ типа - нет депрессии, зато есть постоянная, хроническая гипомания, возможно в последующем развитие депрессивного эпизода

БР 2½ типа - когда на фоне циклотимии развивается тяжелый депрессивный эпизод

БР III (3.0) типа - развитие мании или гипомании на фоне приема антидепрессантов

БР IV типа типа - сочетание депрессивных эпизодов с ранее существовавшим гипертимным темпераментом

БР V типа типа — это депрессия с развитием гипомании или некоторых симптомов гипомании